Nr. 20 14 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Roman Barącz. Lwów.

Leczenie promienicy siarkanem miedzi na podstawie 19-to letniego doświadczenia.

W r. 1902 ogłosiłem[1]) obszerną pracę o promienicy, opartą na spostrzeżeniach w 60-ciu przypadkach w przeciągu lat 16-tu, zaś dnia 1 grudnia 1902 zdałem o tem sprawę na posiedzeniu Chicagoskiego Towarzystwa chirurgicznego[2]) i omówiłem tam mój sposób leczenia promienicy, nad którym obszerną przeprowadzono dyskusję. Już wtedy odradzałem doszczętnych zabiegów przy promienicy, natomiast polecałem wstrzykiwania miąższowe w nacieki promienicowe jodyny, 20%-go rozczynu azotanu srebrowego, a przy końcu leczenia tuszowanie przetok prętem lapisu. Osobliwie korzystnemi okazały się wstrzykiwania rozczynu lapisu, jednak występowały dość często przy tem postępowaniu obumarcia tkanek w miejscu wstrzyknięć, z następowem oddzielaniem się części zmartwiałych. Ażeby zapobiec tym ujemnym stronom wstrzykiwań azotanu srebrowego, zarazem leczenie promienicy głowy i szyji uprościć i módz osiągnąć dobre wyniki kosmetyczne, należało zamiast azotanu srebrowego użyć innego środka chemicznego, któryby również zabijał grzybka, jednak nie powodował martwicy tkanek, i któryby w większej ilości w nacieku dał się rozprowadzić.

Ponieważ jest rzeczą udowodnioną, że promienicę na człowieka i zwierzęta przenoszą prawie wyłącznie ciała roślinne, a osobliwie trawiaste, w stanie suchym zakażone zarodnikami grzybka i ponieważ w celu usunięcia ze zboża główni i śnieci w rolnictwie używa się przeważnie dwóch środków: siarkanu miedziowego i formaldehydu z bardzo dobrym skutkiem, należało przypuszczać, że oba te środki dadzą się także użyć z korzyścią do leczenia promienicy. Ponieważ po użyciu formaliny, jako 2%-go dodatku do zawiesiny jodoformu w glicerynie, przez M u r p h y' e g o[3]) w celu wzmocnienia działania tejże mieszanki w ogniskach gruźliczych zauważyłem raz martwicę skóry[4]), dlatego postanowiłem spróbować siarkanu miedziowego.

Specjalne zaprawianie zboża, t. zw bajcowanie, ma na celu zabicie na ziarnach a mianowicie pszenicy, żyta, jęczmienia i owsa, znajdujących się zarodników grzybka. W tym celu na 3 hl nasienia bierze się 0·5 siarkanu miedzi, rozpuszcza się go w wodzie, której się tyle dodaje do kadzi aż ziarno pokryje się tym rozczynem. Po 24 godzinnem moczeniu ziarna w tym rozczynie, wszystkie zarodniki bywają zabite, ziarno zaś jest przydatne do zasiewu bez żadnego uszczerbku dla kiełkowania.

W celu przekonania się, czy siarkan miedziowy zabija samego grzybka promienicowego, uskuteczniłem wspólnie z prof. K u č e r ą[5]) w tutejszym Instytucie anatomo-patologicznym w marcu i kwietniu 1903 r. następujące doświadczenia.

[1]) por. R B a r ą c z *Ueber die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen. Archiv für klinische Chirurgie* Tom 68. Zeszyt 4.

[2]) por. R. B a r ą c z. *Report of Sixty Cases of Actinomycosis Annals of Surgery Vol. XXXVII* Marzec 1903. str. 336—340 i *Transactions of the Chicago Surgical Society Meeting December 1. 1902 ibidem* str. 463—468.

[3]) por. R. B a r ą c z. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń. Przegląd lekarski 1904 Nr. 9—12.

[4]) Formaliny użył potem przy promienicy N. T r i n k l e r w Charkowie w postaci miąższowych wstrzykiwań z dobremi wynikami. Por. *Chirurgiczeski Archiv Weliaminowa* Tom 28 str. 729, 1912 i referat w *Zentralblatt für Chirurgie* 1913, Nr. 13, str. 480.

[5]) Ówczesnym docentem i asystentem Instytutu anatomji patologicznej, a potem profesorem anatomji patologicznej w Bernie (Czecho-Słowacja)

Przygotowaliśmy różne pożywki, jak agar, agar cukrowy, buljon glicerynowy, buljon cukrowy i inne, i do każdej z nich dodawaliśmy po $^1/_8$, $^1/_4$, $^1/_2$, 1—4% siarkanu miedzi. Na tak zaprawione pożywki szczepiliśmy świeżą hodowlę promienicy. Pokazało się, że zawartość $^1/_8$% siarkanu miedzi widocznie wstrzymywała wzrost hodowli, przy zawartości zaś $^1/_4$—$^1/_2$% siarkanu miedzi w pożywce hodowla wcale nie wyrosła. Ten dodatni wynik naszych badań bakterjologicznych zachęcił mnie do prób na człowieku, które jeszcze w tym samym roku przedsiębrałem.

I. Przypadek. P r o m i e n i c a p o ś l a d k a. K. J. 53-letni wieśniak z Zawidowic, operowany przezemnie dwukrotnie jeszcze w r. 1886 z powodu uwięzgniętej przepukliny zgorzelinowej, ropowicy kałowej i przetoki kałowej (herniolaparotomia, wycięcie pierwotne i wtórorzędne). Przed 5 tygodniami pieczenie w odbytnicy, później utworzenie się obrzęku na wewnętrznej powierzchni lewego pośladka. 1. VI. 1903 deskowato twardy, dość ostro odgraniczony, nieprzesuwalny, sino zabarwiony naciek wielkości głowy noworodka a prócz tego w związku z nim stojący twardy postronek, przebiegający do szwu kroczowego przed otworem stolcowym. W bocznej części nacieku chełbotanie wrzekome. Rozpoznanie promienicy potwierdziło badanie drobnowidowe wypuszczonej śluzowej treści. Po nacięciu miejsca chełboczącego i dwukrotnem wstrzyknięciu miąższowem w naciek po 8 ccm 3% go rozczynu wodnego siarkanu miedzi (8. VI. i 22. VI. 1903) zmniejszanie się stopniowe nacieku i całkowite ustąpienie. Po każdem wstrzyknięciu do 24 godzin utrzymujące się pieczenie. Okłady z octanu glinowego. Trwałe wyleczenie.

II. P r z y p a d e k. P r o m i e n i c a s z y j i. I. G. 64-letni wieśniak z Żyrawki. W maju 1903 bóle w połyku i trudności przy połykaniu, później utworzenie się coraz bardziej wzrastającego obrzęku prawej strony szyji. Dnia 12. VII. 1903 rozległy, deskowato twardy, nieprzesuwalny, sino-różowo zabarwiony naciek prawej strony szyji, sięgający od brzegu szczęki dolnej do obojczyka, zajmujący także okolicę krtani i przechodzący na lewą stronę szyji. W środku nacieku 7 poprzecznemi bruzdami poprzedzielanych ropni wielkości orzecha włoskiego. Promienica w ropie W uśpieniu przecięcie i wyskrobanie ropni i wstrzyknięcie 10 ccm 2%-go wodnego rozczynu siarkanu miedzi w naciek. Tamponowanie przetok tymsamym rozczynem napojonemi pasmami gazy. Pieczenie utrzymujące się przez parę godzin. Częsta zmiana opatrunku. 26. VII. zmniejszenie i zmięknienie nacieku, drugie wstrzyknięcie 8 ccm 2%-go rozczynu siarkanu miedzi. Lapisowanie przetok 15 VIII. naciek zmniejszył się do wielkości 5-cio koronówki, przetoki zabliźnione, III-cie wstrzyknięcie tego samego rozczynu. Badanie 8 XI zupełnie zdrów.

Po tych udałych próbach zacząłem stosować tensam sposób leczenia we wszystkich następnych przypadkach z małemi odmianami. Obecnie posługuję się następującą techniką:

W celu zapobieżenie następowym bólom używam obecnie do wstrzykiwań miąższowych w naciek mniej zgęszczonego rozczynu siarkanu miedzi (najczęściej 1%-go). Albo też wstrzykuję podskórnie morfinę lub podaję wewnętrznie aspirynę. Wyjątkowo wstrzykuję poprzednio w naciek $^1/_2$% lub 1%-wą nowokainę sposobem Schleicha lub blokuję nerwy w sąsiedztwie ogniska sposobem Brauna. W wielu przypadkach nie stosuję żadnych środków zapobiegawczych przeciw bólom. Odpowiednio do rozległości nacieku wstrzykuje się w sam naciek większą lub mniejszą ilość wodnego rozczynu siarkanu miedzi, najczęściej w rozczynie 1:100 i powtarza się te wstrzykiwania co kilka dni, tak długo, aż naciek zupełnie rozmięknie; zależy to od rozległości, głębokości i umiejscowienia nacieku, dalej od większej lub mniejszej dobrotliwości lub złośliwości przypadku. Przy małych ogniskach wystarczają wstrzykiwania kilku ccm silniejszego (1-2%-go) rozczynu do rozmiękczenia nacieku, czasem tylko jednorazowe wstrzyknięcie. Przy bardzo rozległych naciekach, zajmujących np. okolicę skroniową, cały policzek i szyję, używa się zazwyczaj przy pierwszych wstrzykiwaniach naraz bardzo znacznych ilości od 40—100 ccm zwykle słabszego ($^1/_4$—1%-go) rozczynu siarkanu miedzi, który wstrzykuje się w naciek w różnych kierunkach. Pierwsze wstrzykiwania robi się zazwyczaj w uśpieniu i dołącza

się do nich albo nacięcia ropni (przy małych ogniskach) albo nacięcie i wyskrobanie wszystkich ropni i przetok aż do natrafienia na opór ze strony twardych ścian nacieku lub kości. Po wstrzykiwaniach odczuwa chory zazwyczaj silne pieczenie, które wzmódz się może do uczucia bólu. Ból ten jest bardzo indywidualny. Utrzymuje się zazwyczaj kilka godzin, dłużej lub krócej, choć niektórzy chorzy wcale się nań nie uskarżają. Prócz bolu występuje zazwyczaj większy albo mniejszy odczyn zapalny, objawiający się obrzękiem sąsiedztwa nacieku i lekkiem podniesieniem ciepłoty Odczyn ten ustępuje po kilku dniach. Ropnie i przetoki oraz ich zaułki jodynuje się i tamponuje pasmami gazy zanurzonemi w rozczyn siarkanu miedzi, poczem stosuje się okłady wilgotne z siarkanu miedzi lub octanu glinowego. Dopiero po ustąpieniu odczynu zapalnego, ustąpieniu obrzęku i po częściowem zmiękninieniu nacieku przystępuje się do dalszych wstrzykiwań. Do wstrzykiwań w głębokie i szerokie nacieki używam strzykawki „Record“ o pojemności 10 ccm o dłuigiej i grubszej igle, którą wprowadza się możliwie głęboko w różnych kierunkach nacieku i wypróżnia przy posuwaniu i cofaniu igły — jak przy znieczulaniu sposobem Schleicha — ażeby płyn w nacieku równomiernie się rozdzielił i ażeby objął jak największy zakres nacieku. Przytem staram się robić wstrzykiwania najpierw na obwodzie nacieku, ażeby sprawę powstrzymać w pełzaniu na sąsiednie tkanki. Ważnem jest to osobliwie na szyji, ażeby wstrzymać wniknięcie sprawy do górnego otworu klatki piersiowej. Przy wstrzykiwaniach na szyji przestrzedz muszę przed wstrzykiwaniami większej ilości, osobliwie zgęszczonego płynu na raz, ponieważ może potem nastąpić silny obrzęk z utrudnieniem oddychania i połykania, który jednak po paru dniach ustępuje. Prawie zawsze po każdem wstrzyknięciu następuje dalsze rozmięknienie nacieku. Nowe ogniska rozmiękłe nacina się i tamponuje, jak po pierwszych wstrzykiwaniach powstałe. Przy rozległych i głębokich naciekach powtarza się te wstrzykiwania 5–6 razy. Przy każdych następnych wstrzykiwaniach wstrzykuje się mniejszą ilość, ale za to więcej zgęszczonego płynu (1—2%-go). Skoro już przypuszczać należy, że sprawa wstrzymana jest w dalszem postępowaniu, zastanawia się dalsze wstrzykiwania a pozostałe przetoki tuszuje się energicznie prętem azotanu srebrowego, rany zaś tamponuje się suchą gazą, co bardzo przyśpiesza wyleczenie. Tylko w miejscach, gdzie przetoki prowadzą do obnażonej kości, należy lapisować ostrożnie, ażeby zapobiedz głębszym z kością zrośniętym bliznom.

Rozczyn siarkanu miedziowego wstrzyknięty w deskowato twardy, niepodatny naciek pozostaje w nim prawdo podobnie przez czas dłuższy i powoli bywa wchłonięty; dzięki temu następuje zabicie grzybka już po pierwszem wstrzykiwaniu. Za tem przemawiają przypadki wyleczone po tylko jednorazowych wstrzykiwaniach. Czasami po ustąpieniu nacieku pozostają w skórze bliznowate stwardnienia, które przypominają naciek. Ustępują one samoistnie wraz z bronzowem zabarwieniem skóry byłego nacieku.

W inny sposób zastosował siarkan miedzi przy promienicy Bevan. Dnia 5. X. 1905 r. przedstawił on na zebraniu rocznem Towarzystwa dla chirurgji klinicznej[6]) w Chicago nieuleczalny przypadek promienicy brzucha i miednicy, leczony poprzednio bez widocznego polepszenia jodkiem potasu i promieniami Roentgena, w którym po wewnętrznem podawaniu siarkanu miedzi po $1\frac{1}{2}$ grana dziennie przez 3 tygodnie, nie tylko ogólny stan chorego miał się poprawić, ale i zmiany miejscowe. Bevan użył także z dobrym skutkiem podawania siarkanu miedzi przy grzybicy drożdżowej (*Blastomycosis*). Według niego inni autorowie wykazali, że siarkan miedziowy działa zabójczo na bakterje w rozczynie 1:1000 do 1:1,000.000, i że dobrze bywa znoszony w dawkach od 2—6 granów dziennie przez 6 miesięcy.

Polecenie stosowania siarkanu miedzi w inny sposób przy promienicy, niezależnie odemnie, zachęciło mnie do dalszego stosowania go, ale w sposób przezemnie już używany, tem bardziej, że już w 5 przypadkach za pomocą wstrzykiwań miąższowych osiągnąłem bardzo dobre wyniki. Podawanie wewnętrzne sposobem Bevana, musi zresztą bardzo powoli prowadzić do celu, ponieważ tylko minimalne cząstki siarkanu miedzi przez wessanie z żołądka drogą obiegu krwi dostają się do ogniska chorobowego.

Zanim przedstawię wyniki leczenia moim sposobem podam jako dowód jego skuteczności opis ciężkiego przypadku leczonego na początku bieżącego roku w tutejszym szpitalu powszechnym[7]).

A. M. 25 letnia wieśniaczka z Wołoskiej Wsi koło Bolechowa. Przed 3 miesiącami bóle prawego dolnego zęba trzonowego, potem szczękościsk i wytworzenie się twardego guza w okolicy prawego kąta szczęki dolnej. Po dalszych trzech tygodniach obrzęk okolicy skroniowej prawej, policzka prawego i szyji po stronie prawej. Stan w chwili przyjęcia, 7. I. 1921: wątła, niedokrewna. Deskowato twardy, sino-czerwono zabarwiony, nieprzesuwalny naciek, zajmujący okolicę skroniową, cały policzek prawy i szyję, sięgający do obojczyka. Zupełny szczękościsk i skrzywienie szyji ku stronie prawej. W nacieku liczne ropnie i przetoki wargowate, wydzielające obficie ropę zawierającą drobne ziarna prom. Odstawanie ucha prawego, naciek nad wyrostkiem sutkowym, wypływ ropny z przewodu słuchowego prawego. W odległości $1\frac{1}{2}$ cm od otworu zewnętrznego przewodu słuchowego przetoka komunikująca z naciekiem na policzku. (Porównaj zdjęcie fotograficzne z 9. I. 1921. (Ryc. I.)



Ryc. I

Dnia 10. I. 1921. w uśpieniu eterowem I. wstrzyknięcie w 4 punktach nacieku po 10 ccm 0·25%-go rozczynu siarkanu miedzi (całkowita ilość siarkanu miedzi 0·40), wyskrobanie przetok, zatamponowanie gazą napojoną 1% rozczynem siarkanu miedzi, okład z octanu glinowego. Codzienna zmiana opatrunku 14. I wyraźne zmięknienie nacieku, utworzenie się nowych ropni. przecięcie ropni i II wstrzyknięcie 50 ccm 0·25%-go rozczynu s m., wstrzyknięcie podskórne 0·01 morfiny; ból mierny. Zmiana opatrunku co 2 dni; 21. I. otwarcie nowego ropnia.

Dnia 26. I III wstrzyknięcie 50 ccm $\frac{1}{2}$% rozczynu s. m., przyczem w twardym nacieku odłamał się 3 cm długi koniec. igły, który pozostawiono; 0,01 morfiny podskórnie.

Dnia 29. I. IV wstrzyknięcie 50 ccm $\frac{1}{2}$% g rozczynu s. m. Morfiny nie wstrzykiwano; ból krótkotrwały. Po tem wstrzyknięcie obrzęk powiek utrzymywał się przez 3 dni Dnia 3. II. zmniejszenie się obrzęku i szczękościsku. 4. II. przeżeganie wszystkich przetok lapisem i V wstrzyknięcie 40 ccm 1% rozczynu siarkanu miedzi w utrzymujący się jeszcze naciek nad łukiem jarzmowym. 3. III. zmniejszenie się nacieku i wydzieliny, VI wstrzyknięcie 30 ccm 1% rozczynu w utrzymujące się resztki nacieku na policzku i na szyji. Dnia 7. III. nacięcie nowego ropnia powyżej prawego obojczyka i przeżeganie wszystkich przetok lapisem. Dnia 24. III. prześwietlenie policzka promieniami Roentgena w celu oznaczenia położenia odłamka złamanej igły; odłamek ten leży w kącie przy odejściu wyrostka dzióbiastego od trzonu szczęki dolnej, wyjęcie odłamka igły przez nacięcie błony śluzowej jamy ust. Dnia 31. III. skrzywienie szyji i szczękościsk ustąpiły. Wszystkie przetoki zabliźnione. Pozostało jeszcze małe stwardnienie na policzku i szyji. Chora odjechała na wieś W krótce potem chora przebyła dur osutkowy. Obecnie jest zupełnie zdrowa. (Porównaj zdjęcie fotograficzne z dnia 9 grudnia 1921 Ryc. II.)

[6]) *Surgery, Gynecology and Obstetrics November 1905.*

[7]) Kierownik: Prymarjusz prof Dr. Schramm.

W podobnym przypadku, spostrzeganym na początku r. 1916, dotyczącym wątłej 30 l. kobiety w 8 miesiącu ciąży, w którym także prawa okolica skroniowa, prawy policzek i szyja zajęte były naciekiem, ograniczyłem się do jednorazowego wstrzyknięcia w cały naciek 100 ccm 1% rozczynu siarkanu miedzi; operacji żadnej przytem nie wykonałem Po bardzo silnym odczynie zapalnym, naciek ustępował nadzwyczaj powoli wśród tworzenia się coraz to nowych ropni i przetok, które przecinałem i tamponowałem suchą gazą dermatolową. Wreszcie po wielokrotnem stosowaniu lapisu i jeszcze dwukrotnych wstrzykiwaniach bardzo małych ilości siarkanu miedzi, w 1½ roku od początku leczenia, nastąpiło dopiero po 18 miesiącach trwałe wyleczenie



Ryc. II.

Z powyższego okazuje się, że technika, w przedostatnim przypadku zastosowana (wstrzykiwania częstsze w naciek, w mniejszych ilościach i w słabszym rozczynie) daleko prędzej doprowadziła do wyleczenia.

Sposób mój leczenia jest zatem skombinowany i polega: 1) na wstrzykiwaniach rozczynu siarkanu miedzi w celu zabicia grzybka i rozmiękczenia nacieku, 2) na mechanicznem wydalaniu grzyba przez nacięcie ropni i wyłyżeczkowania przetok, 3) na częstem jodynowaniu przetok i tamponowaniu gazą zmaczaną w rozczynie siarkanu miedzi i okładach z tego rozczynu lub z octanu glinowego aż do rozmiękczenia nacieku i 4) na energicznem stosowaniu przeżegań prętem lapisu przy końcu leczenia. Ten skombinowany sposób leczenia dawał najlepsze wyniki. Siarkan miedziowy i azotan srebrowy działają zabójczo na grzybka, jodyna zaś działa nie tylko silnie przeciwgnilnie, ale ponadto pobudza do czynnej żerności komórkowej z wytworzeniem się makrofagów, czynnika tak pożądanego przy wszystkich przewlekłych sprawach zapalnych.

W 19-to letnim okresie czasu, począwszy od początku r. 1903 po dzisiaj, spostrzegałem 36 przypadków promienicy. W pracy obszernej na innem miejscu zdam sprawę o tych przypadkach szczegółowo, tutaj ograniczam się na podaniu sumarycznem otrzymanych wyników leczenia. Z 36 przypadków dotyczyło 30 promienicy głowy i szyji, dwa języka, jeden płuca z przerzutem w powłokach brzusznych, dwa brzucha, jeden okolicy pośladka. 35 przypadków leczyłem siarkanem miedzi, w 30 przypadkach nastąpiło trwałe wyleczenie, w 2 przypadkach wynik jest nieznany, gdyż chorzy usunęli się w toku leczenia. Z przypadków głowowo-szyjnych 4 były ciężkie przypadki, a naciek sięgał w nich od przyczepu mięśnia skroniowego aż do obojczyka, wszystkie skończyły się wyleczeniem. W 2 przypadkach rozchodziło się o postać nowotworową z twardym guzem, przypominającym nowotwór złośliwy (*Actinomykoma regionis parotideae, Actinomykoma reg. max. infer.).* I tu nastąpiło po wstrzykiwaniach zmiękknienie i resorbcja guzów i trwałe wyleczenie. Z dwóch przypadków promienicy języka, w jednym przypadku z ostro odgraniczonym małym naciekiem wyciąłem klin z języka i zaszyłem język w częściach zdrowych, jeden był leczony wstrzykiwaniami i nacięciem zropiałego ogniska.

Jeden przypadek promienicy dolnego płatu prawego płuca z przerzutem w powłokach brzucha po stronie lewej znajduje się jeszcze w leczeniu. Naciek w brzuchu zmalał i jest na wyleczeniu po nacięciu i czterokrotnych wstrzykiwaniach 1% rozczynu s. m. W naciek płucny wstrzyknięto dotąd 5, 5, 10, 5 i 5 ccm 1% rozczynu s. m. Plwociny są mniej krwawe, a ilość promienia w nich zmniejszyła się. Chory obecnie nie gorączkuje i znosi te wstrzykiwania dobrze Wynik leczenia tego w przytoczonym przypadku w każdym razie jest nadzwyczaj wątpliwy. Dwa ciężkie przypadki promienicy brzucha zakończyły się zejściem śmiertelnem. Jeden z tych przypadków dotyczył 67 letniego murarza, przyjętego do szpitala w bardzo późnym okresie choroby, z promienicą dolnej prawej części brzucha, przejściem sprawy pod więzem Pouparta na górną część prawego uda z przebiciem sprawy do prawego stawu biodrowego. Chory przyjęty był w stanie posoczniczo-ropnicowym. Drugi przypadek dotyczył 11 letniej dziewczynki z głębokim naciekiem prawej strony brzucha. Pomimo wstrzyknięcia jednorazowego znacznej ilości 1% rozczynu s. m. (na dalsze wstrzykiwania rodzina chorej nie zgodziła się), pomimo 3 krotnej operacji i naświetlania promieniami Roentg., pomimo energicznego stosowania lapisu sprawa przesunęła się na wątrobę i dolną część prawego płuca i chora zmarła.

Korzyściami naszego sposobu leczenia promienicy są: pewne zabicie grzybka, skoro tylko rozczyn siarkanu miedziowego będzie się mógł dostać do wszystkich miejsc zagnieżdżenia grzybka, rozmiękczenie deskowato twardych nacieków, niewystępowanie martwicy tkanek nawet przy użyciu zgęszczonych (3%) rozczynów, możność uniknięcia większych zabiegów chirurgicznych i powstania szpecących blizn i bliznowców (keloidów), i możność leczenia chorych ambulatoryjnie. W przypadkach, okazujących dążność do posuwania się sprawy na sąsiednie ważne narządy (oczodół, podstawa czaszki), mamy do pewnego stopnia możność zapobiegania temu pełzaniu przez wstrzykiwania na obwodzie nacieku. Mam też nadzieję, że w podobnych przypadkach, przy odpowiedniem użyciu wstrzykiwań dadzą się uniknąć zabiegi takie, jak czasowa resekcja bocznej ściany oczodołu podług Krönleina lub czasowe wypiłowanie kości jarzmowej, podług P. v. Brunsa, jak to nie dawno polecał P. Müller[8]) z kliniki v. Brunsa.

Także przy naciekach na klatce piersiowej przy promienicy płuc i przy naciekach w brzuchu w przypadkach niezbyt posuniętej promienicy trzewiów mogą wstrzykiwania siarkanu miedzi przyczynić się do rozmiękczenia tych nacieków i niejako torować drogę do dalszych zabiegów. Przez to oszczędzi się resekcyj płuc i jelit, zabiegów u podobnie chorych nie obojętnych. Czy przy promienicy ograniczonej na miąższ płuca wstrzykiwania w naciek płuca — jak to w przypadku obecnie obserwowanym wykonuję — okażą się skutecznemi, to dopiero w przyszłości się okaże. Również w przypadkach takich należałoby próbować metody Bevana (wewnętrzne podawanie siarkanu miedzi), albo może dałoby się wprowadzać wśródżylnie bardzo słabe rozczyny jego.

Także przy promienicy u bydła, przy chorobie powinowatej t. zw. stopie z Madury, którą wywołuje podobny grzybek, *streptothrix Madurae*, w niektórych cięższych postaciach tzw. sporotrichozy a może nawet przy gruźlicy chirurgicznej[9]), z powodu botanicznego powinowactwa i analogicznej budowy nitek prątka gruźliczego z nitkami grzybka promienicowego, mogłyby wstrzykiwania rozczynów siarkanu miedzi oddać usługi. Należałoby także myśleć i o tem, czy siarkan miedzi w słabym rozczynie nie dałby się użyć śródżylnie przy promienicy trzewiów (przy postaciach przerzutowych) O tem musiałyby rozstrzygnąć próby na zwierzętach. Sądzę także, że i siarkan kobaltu i niklu z powodu ich wysokich własności przeciwgnilnych i zabój-

[8]) P. Müller. *Ueber die Aktinomykose der Orbita. Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, 68 Tom Zeszyt I. str. 135 i nn.*

[9]) Moje próby przy gruczolakach gruźliczych są zbyt skąpe, ażebym mógł o tem wypowiedzieć własne zdanie.

czych dla bakteryj nadawałyby się do prób przy promienicy.

Prócz mnie użyli mojego sposobu leczenia promienicy Żurakowski i Wasiljew w Warszawie, Jedlička we Lwowie i Rechniowski w Piotrkowie we wielu przypadkach. Wszyscy mieli dobre wyniki prócz Jedlički, który dokończył leczenie podawaniem jodku potasu. Dr. Żurakowski użył mojego sposobu w kombinacji z wewnętrznem podawaniem według Bevana i ogłosił jeden przypadek w ten sposób leczony jeszcze w roku 1909 [10]). Ponieważ jednak nie wiedział dokładnie, że używałem przed Bevanem siarkanu miedziowego, do wstrzykiwań miąższowych, nazwał i mój sposób także sposobem Bevana, co dopiero teraz prostuję, ponieważ praca kol. Żurakowskiego dopiero teraz jest mi dostępną.

Doc. Dr. F. Walter. Kraków.

O znaczeniu gruczołów dokrewnych w etjologji liszajca pryszczykowego. *(Impetigo herpetiformis Hebrae).*

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza
Prymarjusz: Doc. Dr. F. Walter.

Pięćdziesiąt lat minęło od czasu, kiedy podał Hebra (1871 r.) klasyczny opis liszajca pryszczykowego, a przez ten czas ogłoszono szereg nowych przypadków, z których części nie można było zaliczyć w poczet typowych przypadków, nie odpowiadały bowiem warunkom, jakie w swym opisie pozostawił Hebra. Gunsett do r. 1901 zebrał 19 typowych przypadków, Borzęcki w 1905 r. przytoczył już 28, a Rost w 1921 obliczył ogólną liczbę znanych z piśmiennictwa przypadków I. h. [1]) na 40. Od tego czasu ogłosił dalsze dwa przypadki Schardorn, a po jednym przypadku Tryb i Assmann.

Rzadkie to cierpienie skórne, tak wyczerpująco opisane przez Hebrę i Kaposiego, nie przestaje budzić ciekawości dermatologów, przyczyny bowiem powstawania I. h. i do dziś dnia pozostały niewyjaśnionemi, a każdy niemal nowy przypadek, przynosił nową teorję powstawania tej rzadkiej postaci chorobowej

Przypadek typowy, który miałem sposobność spostrzegać w ubiegłym roku, powikłany równocześnie istniejącem zmięknieniem kości, zasługuje na przytoczenie, może bowiem przyczynić się w pewnej mierze do rozjaśnienia nieznanych dotychczas przyczyn powstawania I. h.

L. pr. ch. 7178/21 J. K. 38-letnia, zamężna, wieloródka, przyjęta na oddział dnia 7/VI. 1921 r. Nigdy nie chorowała; w wywiadach rodzinnych nic szczególnego nie można wykazać; rodzice umarli w późnym wieku. Zgłasza się z powodu zmian na skórze i utrudnienia w chodzie. Zmiany skórne wystąpiły w trzecim miesiącu obecnej ciąży, a rozpoczęły się na wewnętrznej stronie lewego uda, w okolicy fałdu udowo-wargowego. Podczas ostatnich dwóch ciąży zauważyła również występowanie podobnych zmian na skórze, jednak nie w takim stopniu i rozległości, jak obecnie; po porodzie zmiany skórne ustępowały samoistnie.

Chora jest zamężna po raz drugi, rodziła siedm razy; obecnie znajduje się w 6-tym miesiącu 8-mej ciąży. Dwoje pierwszych dzieci żyje, troje następnych zmarło po urodzeniu. W czasie przedostatniej (szóstej) ciąży zauważyła chora utrudnienie w chodzie. Po porodzie stan się polepszał, natomiast w czasie obecnej ciąży zauważyła znaczne pogorszenie, tak że od trzech miesięcy nie może chodzić, również czuje się bardzo osłabioną. Przed kilku laty poczęła gorzej widzieć, od roku nie widzi zupełnie.

Stan obecny: Podściółka tłuszczowa zanikła, skóra blada, lekkie obrzęki kończyn dolnych, błony śluzowe blade. Narząd oddechowy jest bez zmian, również bez zmian są narządy jamy brzusznej. Wymiary serca i tony prawidłowe, tętno przyśpieszone, regularne, 114. Mocz lekko mętny, oddziaływanie kwaśne, c. wł. 1027, białka $^1/_4$ ‰, cukru nie ma. W osadzie liczne ciałka białe, nieliczne krwinki, skąpe wałeczki szkliste, liczne nabłonki płaskie.

Badanie krwi: Hemoglobiny 77% (Sahli). Ciałek czerwonych 4,600.000, ciałek białych 17.600. Index 0·8, Limfocytów 15%, jednojądrzastych 12%, ciałek przejściowych 0·8%, eozynochłonnych 2·5%, wielojądrzasty h obojętnochłonnych 69·7%.

Odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgiego jest ujemny. Narząd ruchu: Utrudnienie wszystkich ruchów czynnych kończyn górnych, przykurczenie obustronne zginaczy IV i V palca rąk, bez wyraźnego typu ręki szpotawej, wybitna bolesność uciskowa żeber i mostka, jak również i miednicy, zwłaszcza w okolicy spojenia łonowego. Chód małemi krokami, kaczkowaty, skłonność do przykurczeń mięśni zginających, osłabienie mięśnia lędźwiowo-udowego. Lewy odruch kolanowy i prawy kolanowy są słabsze.

Badanie ginekologiczne: Bolesność miednicy znacznego stopnia. Wymiary miednicy zewnętrzne: *spinalis* 26 cm, *cristalis* 28 cm, *trochanterica* 31 cm, *conjugata externa* 18·5 cm. Dziób spojenia łonowego bardzo silnie zaznaczony, kość krzyżowa wyraźnie skrócona. Badanie wewnętrzne: Spojenie łonowe tworzy bardzo wyraźny kąt. Przy obejściu linji bezimiennej wyczuwa się charakterystyczny kształt miednicy rozmiękczynowej, kość krzyżowa skrócona Macica 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Położenie płodu główkowe, postawa I. Tętno płodu bardzo wyraźnie słyszalne.

Badanie dna oka wykazuje: Zaćmę dojrzałą oka lewego, prawie dojrzałą oka prawego.

Stan skórny: Skóra szyji, klatki piersiowej i grzbietu, brzucha, przedniej i wewnętrznej powierzchni ud, na prawem podudziu i w okolicy kości krzyżowej, pokryta licznemi ogniskami, złożonemi z wykwitów płaskich, barwy ciemno-czerwonej, postaci owalnej lub nieregularnej; wielkość ognisk rozmaita, od wielkości grochu aż do znacznych rozmiarów o średnicy podłużnej 10 cm. Na skórze brzucha i grzbietu, widzi się ogniska większe, o brzegach nieregularnych, girlandowatych. Na wewnętrznej stronie ud, w fałdach udowo-wargowych, znajdują się ogniska wielkości dłoni, o brzegach nieregularnych Wszystkie te wykwity skórne mają środek przypłaszczony, brzegi nacieklе, wznoszące się nieco nad powierzchnię, pokryte strupami i łuskami. Zabarwienie brzegów żywo-czerwone, środek ciemno-czerwony. Na obwodzie wykwitów poza wałem łusek i strupów liczne drobne prosówkowe pęcherzyki ropne, płaskie niewystające ponad poziom skóry, o powierzchni słabo napiętej. Po nakłuciu wydobywa się zawartość gęsta, z trudnością dająca się oddzielić. Pęcherzyki ropne otaczają dookoła wykwity skórne, nieraz w kilku rzędach, w zewnętrznych częściach są drobniejsze, ciągłość ich jest miejscami przerywaną. Obficie znajdują się w ogniskach świeżych. Dośrodkowo poza pierścieniem pęcherzyków, znajdują się pokłady łusek i strupów, powstałych po zaschniętych pęcherzykach, barwy ciemno-brunatnej. Pojedyncze ogniska, rozszerzając się, łączą się ze sobą i przyjmują postać pełzającą.

Przebieg choroby. Ciepłota w dniu przyjęcia 37·6° C. 9—VI. 38·3° C, nowe rozsianie wykwitów na brzuchu, na udzie prawem i na przedudziu. Ciepłota waha się stale od 37·3° C. do 38·6° C. 12—VI. Wstrzyknięcie w mięśnie pośladkowe 5 cm³ wyjałowionego mleka. Ciepłota wieczorem 39° C. 14 VI. Wycięto część obwodową z wykwitu na udzie, celem badania histologicznego. Krew z żyły łokciowej wysiano na pożywki, również treść pęcherzyków ropnych zaszczepiono na pożywki sztuczne. 18/VI. Ciepłota 38·2—38·6° C., chora czuje się bardzo osłabioną. 24/VI. Ognisk skórnych przybywa, zwłaszcza na brzuchu i klatce piersiowej. Chora jest bardzo osłabiona, nie może podnieść się o własnych siłach. Wstrzyknięto dożylnie 10 cm³ surowicy z krwi zdrowej ciężarnej [2]) (O. W. ujemny). Ciepłota 39° C. 27/VI. II-gie wstrzyknięcie dożylnie 10 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej, ciepłota 40·2° C. 28/VI. 39° C. 29/VI. 36·4° C. 30/VI. III cie wstrzyknięcie dożylne 10 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej ciepłota 39·8 C. 1/VII. Ogniska chorobowe, które już po drugiem wstrzyknięciu poczęły przysychać, powoli zaczynają od środka ulegać wessaniu, nowe przestały się wytwarzać. Chora czuje się podmiotowo znacznie lepiej, bole kostne znacznie zmniejszyły się. 2/VII. IV-te wstrzyknięcie 15 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej, ciepłota 39·2° C. 8/VII. V-te wstrzyknięcie 8 cm³ ciepłota 39·1° C. 10/VII. VI-te wstrzyknięcie 8 cm³, ciepłota 38°C. 12/VII. Nowe wykwity nie wytwarzają się, z pozostałych znaczna część uległa wessaniu, pęcherzyki ropne wszędzie pozasychane. 15/VII Ciepłota 36·8—37°C, chora czuje się dobrze; po wessaniu się znacznej części wykwitów pozostały zmiany barwikowe; bóle kostne o małem nasileniu. 25/VII. Chora siada o własnych siłach, bóle kostne bardzo nieznaczne, wykwity skórne prawie w zupełności wessane. 30/VII. Stan tensam. Wykwity skórne w zupełności wessane, pozostały tylko miejsca zabarwione. Chora zaczyna chodzić. 5/VII. Chora czuje się dobrze. Badanie moczu: ślad białka, w osadzie ciałka białe i nabłonki dróg moczowych, bardzo nieliczne wałeczki szkliste. Przebieg ciąży prawidłowy. Chora nie chce dłużej pozostać na oddziale i opuszcza szpital, wyleczona ze zmian skórnych.

Do celów badania histologicznego wycięty w dniu 14/VI. kawałek z wykwitu na udzie, po utrwaleniu w wyskoku i płynie Müllera, zatopiono w celloidynie. Skrawki barwiono różnemi sposobami. Naskórek miejscami ścieńczały, miejscami prawidłowej szerokości, listewki naskórka wydłużone, ścieńczałe, sięgają dość głęboko w warstwę skóry. Warstwy zrogowaciałej naskórka miejscami brak, miejscami podnosi się ona w postaci cienkich blaszek na dość znacznych przestrzeniach, w niektórych miejscach objawy wyraźnej parakeratozy. Warstwa komórek ziarnistych bardzo wąska, miejscami brak jej zupełnie. Komórki warstwy kolczastej

---

[10]) Księga jubileuszowa dla prof. Dr. Bronisława Sawickiego Warszawa 1909.

[1]) I. h. = *Impetigo herpetiformis* = Liszajec pryszczykowy.

[2]) Kol. P. Dr. Adzie Markowej, kierowniczce szkoły położnych, składam serdeczne podziękowanie za uprzejme pozwolenie korzystania z materjału szkoły położnych.

prawidłowe, komórki warstwy podstawowej miejscami zawierają więcej barwika.

W naskórku, zwłaszcza w poszczególnych szerszych listewkach, znajdują się wolne przestrzenie zamknięte, różnej wielkości i w różnej głębokości rozmieszczone. Większe wolne przestrzenie przybierają postać jamek, zajmujących szerokość kilku listewek a podchodzących ku powierzchni naskórka; tak że od góry pokryte są tylko warstwą zrogowaciałego naskórka. W niektórych pęcherzykach brak jest warstwy górnej, jamka otwarta jest ku górze. Treść pęcherzy stanowią przeważnie ciałka białe wielojądrzaste, rzadko jednojądrzaste, pojedyńcze komórki naskórka, bardzo nieliczne eozynochłonne W warstwie brodawkowatej skóry, znajduje się rozsiany naciek, złożony z komórek okrągłych i ciałek białych wielojądrzastych, przerosłych komórek tkanki łącznej, grupujących się dookoła naczyń krwionośnych. Naczynia krwionośne i chłonne porozszerzane; włókna tkanki klejorodnej i sprężyste zachowane, miejscami tylko uciśnięte na boki. Gruczoły potne i łojowe bez zmian.

W jamce, otwartej na powierzchni pęcherzyka, przy barwieniu sposobem Grama, grupka drobnoustrojów o typie gronkowców.

B a d a n i e b a k t e r j o l o g i c z n e treści pęcherzyków, wysianej na pożywkę z agarem i płynem opuchlinowym, wykazało obecność gronkowców i paciorkowców, a na buljonie z płynem opuchlinowym wyrosły gronkowce i proteus. Krew wysiana na pożywki okazała się zupełnie jałową.

Chora 38-letnia wielorodka, obecnie w 6 tym miesiącu 8-mej ciąży. W czasie ostatnich dwóch ciąży zauważyła wystąpienie zmian skórych, podobnych do tych, z któremi się obecnie zgłasza, jak również odczuwała utrudnienie w chodzie. Zmiany skórne po skończeniu ciąży ustępowały samoistnie. Badanie w czasie pobytu chorej na oddziale, stwierdziło typowy obraz I. h. Hebrae, z zwykłym obrazem histologicznym. Treść pęcherzyków badana bakterjologicznie wykazała obecność gronkowców i paciorkowców, które uważać należy za przypadkowe zanieczyszczenia, natomiast krew okakała się zupełnie jałową. Równocześnie stwierdzono znaczne zmiękcnienie kości. Badanie moczu wykazało obecność białka, a w osadzie krwinki czerwone białe i wałeczki szkliste. Badanie oczu stwierdziło obustronną zaćmę. Stan chorej był poważny, chora czuła się bardzo osłabioną, ciepłota przeciętnie utrzymywała się na wysokości 37·5—38·5° C. Początkowe obserwacje kliniczne stwierdziły występowanie nowych wykwitów skórnych. Stosowanie wstrzykiwań dożylnych surowicy ciężarnej zdrowej (6-ciokrotnie) doprowadziło do wessania się wszystkich wykwitów skórnych. Stan ogólny chorej znacznie się polepszył, a proces rozmiękczynowy kości doznał poprawy, bóle ustąpiły, chora mogła o własnych siłach wstawać z łóżka, a nawet zaczęła lepiej chodzić.

Opisany powyżej przypadek I. h. posiada wszelkie cechy charakterystyczne, jakie w swych klasycznych opisach pozostawił H e b r a [3]). »Cierpienie to — pisał H e b r a — charakteryzuje się powstawaniem pęcherzyków wypełnionych od samego początku i odrazu treścią ropną, rozmieszczonych w gromadkach i szerzących się obwodowo«.

Prawie zawsze występują pierwsze wykwity na wewnętrznej powierzchni uda, częścią w grupkach wielkości małej monety, częścią odosobnione, w postaci pęcherzyków ropnych wielkości główki od szpilki. Pęcherzyki te, rozszerzając się obwodowo, tworzą koła lub rysunki podobne do tęczy. Z biegiem czasu podobne ogniska wytwarzają się na całym tułowiu, na klatce piersiowej, na kończynach a nawet na skórze głowy owłosionej. »Podczas gdy w środku zasychają w ciemno-brunatne strupy, rozwijają się w otoczeniu nowe wykwity pęcherzykowate, wypełnione żółtą treścią ropną, naśladując obraz *Herpes circinatus*«. Ponieważ od samego początku powstawania pęcherzyki te wypełnione były treścią ropną, dlatego, stosownie do utartego zwyczaju, uważał H e b r a za rodzaj pęcherzyków Impetigo i chorobę tę nazwał *Impetigo herpetiformis*.

K a p o s i, ogłaszając swój przypadek *I. h. in mare* uzupełnił obraz dermatologiczny, opisując objawy rumieni i pokrzywki, a nawet silne swędzenie i zaburzenia w unerwieniu skóry, toniczne i kloniczne skurcze. »W okolicy pachwinowej, pępka, na klatce piersiowej, pod pachami, a później także na innych częściach ciała powstają, naprzód na odgraniczonych plamach wielkości soczewicy lub feniga, i na zaczerwienionem i nacieklem podłożu, pęcherzyki w naskórku, gęsto obok siebie ugrupowane, wielkości główki od szpilki z treścią mętnawą, później żółto-zieloną [4]). Z czasem pęcherzyki te zasychały w strupy, po których odpadnięciu przychodziło do sączenia i do powstawania obrazów podobnych do wyprysku. Dla typowego obrazu I. h. żądał K a p o s i następujących cech:

I. Pęcherzyków powierzchownych rozmieszczonych w naskórku, o d s a m e g o p o c z ą t k u ropnych.

II. Powstawania ich w tej samej postaci i na każdem miejscu przez cały przeciąg choroby.

III. Ugrupowania ich z a w s z e gromadnego.

IV. Pojawiania się ich okresowego w przybrzeżnych częściach dawnych ognisk, zlewających się lub przysychających, przyczem pęcherzyki powinny występować w kilku rzędach, na podłożu zapalnem, a środek ognisk powinien natychmiast lub po krótkim czasie sączyć i pokrywać się naskórkiem.

Temu obrazowi chorobowemu na skórze towarzyszą zawsze objawy ogólnego ciężkiego schorzenia ustroju i zmiany w narządach wewnętrznych. R o s t podał zebrane razem, towarzyszące I. h. objawy chorobowe takie, jak: podniesiona ciepłota, zwykle wysoka, o typie zwalniającym, napady dreszczów w czasie powstawania nowych wykwitów chorobowych, ogólne wycieńczenie i upadek sił, prowadzący aż do śmierci, często towarzyszące zmiany zapalne w nerkach i obrzęk śledziony. Niekiedy, jednak bardzo rzadko bywają zajęte i błony śluzowe (K a p o s i, d u M e s n i l, W e c h s e l m a n n). Gruczoły chłonne nie ulegają powiększeniu. Krew i treść pęcherzyków, wysiana na pożywki, powinna okazać się w prawdziwych przypadkach zupełnie jałową. Obecność drobnoustrojów uważać należy za przypadkowe zanieczyszczenie.

Pomimo, że H e b r a pozostawił klasyczny opis I. h., którym należałoby się kierować przy rozpoznawaniu, to jednak z biegiem czasu powstało wiele wątpliwości, wiążących się przedewszystkiem z zagadnieniem powstawania tego cierpienia. Bezpośrednio z tem zagadnieniem łączy się jeszcze pytanie, czy I. h. w klasycznej swej postaci, występować może także i u mężczyzn, jak to po raz pierwszy spostrzegł K a p o s i. Wszystkie 5 przypadków, jakie opisał H e b r a, dotyczyły kobiet, a obraz chorobowy występował w ścisłym związku z ciążą lub porodem. I tylko takie przypadki uważa S c h e r b e r za prawdziwe, mówiąc »należy podkreślić, że przypadki klinicznie typowe znajdowały się tylko u kobiet i zawsze były w związku z ciążą, lub co najmniej pierwsze ich początki występowały w ciąży«.

Występowanie I. h. u kobiet łączył H e b r a ze schorzeniem kobiecego narządu rodnego. Mimo że znaczna część autorów, jak J a r i s c h, B e s n i e r, F i n g e r, E h r m a n n, sprzeciwiała się możliwości istnienia I. h. u mężczyzn, to jednak z czasem ogłoszono coraz więcej przypadków u mężczyzn, które mimo wszystko uważać należy za typowe. Do tych zaliczyć należy i ostatnie przypadki P o l l a n d a i T r y b a, W przypadkach P o l l a n d a — ciepłota była znacznie podwyższona a ciężkie ogólne objawy towarzyszyły występowaniu pęcherzyków ropnych w grupkach. Gdyby dla rozpoznania I.h. konieczną była obecność ciąży, to dla takich przypadków, jakie opisał P o l l a n d lub T r y b, należałoby utworzyć nowy typ chorobowy (P o l l a n d). Byłoby to cierpienie o nieznanem pochodzeniu, ciężkiem ogólnem schorzeniu, powstałe drogą obiegu krwionośnego. Musimy więc pewne przypadki I. h. *in mare* uważać za rzeczywiście prawdziwe i typowe, nie odbiegające swym obrazem skórnym i przebiegiem od typu, jaki nam pozostawił H e b r a.

Ze sprawą powstawania I. h. u mężczyzn, łączy się bezpośrednio sprawa pochodzenia tego cierpienia. W ciągu okresu 50-letniego powstał cały szereg teoryj, z których wiele nie mogło się oprzeć postępom wiedzy lekarskiej i które tylko przytoczę w zarysie.

D. n.

---

[3]) Über einzelne während der Schwangerschaft, dem Wochenbette und bei Uterinalkrankheiten der Frauen, zu beobachtende Hautkrankheiten. Wien. med. Wochschr. Nr. 48. 1872.

[4]) K a p o s i: Impetigo herp Arch. für Derm B. 19.

Dr. Helena Schusterówna, adjunkt zakładu. Lwów.

Zapalenie włóknikowe osierdzia z niezwykłem upostaciowaniem włóknika.

Zakładu anatomji patologicznej U. J. K.
Dyrektor prof. dr. W. Nowicki.

Jak wiadomo rozmieszczenie i upostaciowanie wysięku włóknikowego na nasierdziu przedstawia charakterystyczne obrazy, niejednakie dla różnych miejsc powierzchni serca. To rozmaite rozłożenie włóknika i jego upostaciowanie zależne jest głównie od ruchów serca, a w szczególności od kurczenia się poszczególnych jego części i od zlepiania się włóknika pokrywającego blaszkę nasierdziową z włóknikiem blaszki ościennej (osierdzia) i to w przypadkach t. zw. zapalenia suchego lub z nieznacznym tylko wysiękiem płynnym. Najtypowiej jednak występuje to różne upostaciowanie się włóknika wówczas, gdy w jamie osierdzia nagromadza się taka ilość płynu, która już nie pozwala na stykanie się ze sobą powierzchni włóknikowych nasierdzia i blaszki ościennej. Widzimy wówczas na komorze lewej, głównie w okolicy koniuszka, włóknik kosmkowy, na brzegu komory prawej poprzecznie listewkowy, w okolicy zaś przedsionków, i to bliżej komór, a także na stożku tętnicy płucnej, w postaci, przypominającej plaster wosku pszczelnego.

Przypadek, który opisuję jest niezwykły ze względu na ciekawe upostaciowanie włóknika i mechanizm tego upostaciowania, jak również dalsze losy tegoż włóknika, które doprowadziły do niezwykłej zawartości worka osierdziowego, stwierdzonej sekcyjnie.

Zwłoki dziecka 2-letniego dostarczone zostały do tutejszego zakładu z rozpoznaniem klinicznem: *In agonia, pneumonia sinistra, encephalitis.* Sekcja stwierdziła, co następuje: W mózgu i oponach znaczne przekrwienie i obrzęk. Po otwarciu klatki piersiowej uderzało odsłonięcie worka sercowego na znacznej przestrzeni; worek ten wypełniał całe dolne śródpiersie przednie i wpuklał się znacznie do lewej jamy opłucnowej. Po rozcięciu worka stwierdzono w nim mniej więcej $^3/_4$ litra płynu przeźroczystego, lekko opalizującego, a w płynie tym znajdowały się bardzo obfite drobne ciałka, wyglądające na pierwszy rzut oka, jak łamany gotowany ryż, i to do tego stopnia, że w pierwszej chwili nasunęła się myśl, czy niema połączenia żołądka lub przełyku z workiem osierdziowym, przez które dostała się doń treść pokarmowa. Po dokładnem badaniu zostało to jednak stanowczo wykluczone. Przy bliższem oglądaniu stwierdzono, że ciałka miały postać przeważnie walcowatą; wysokość tych ciałek wynosiła przeciętnie 2 m., średnica zaś 3 m. W części środkowej ciałka są przewężone, tak że średnica ciałek w tem miejscu jest mniejsza. Okrągłe podstawy są wklęśnięte, jak szkiełko zegarkowe; widzimy to na rysunku, przedstawiającym wiernie ich postać (Fig. 1. b.) Powierzchnie wklęsłe są żółtawe, całe zaś ciałko białawe. Ciałka leżą miejscami jedno na drugiem pod postacią ruloników, a wówczas powierzchnie, któremi się ze sobą stykają, są do siebie przystosowane. Przypomina to nieco rulony ciałek czerwonych (Fig. 1. c.). Ilość ciałek wolno leżących w płynie jest tak znaczna, że po osadzeniu się zajmują więcej jak połowę objętości płynu, wydobytego z worka osierdziowego. Osierdzie było pokryte włóknikiem w postaci błonek łatwo dających się oderwać, samo zaś było zgrubiałe, zmętniałe i przekrwione. Ciekawy obraz przedstawia budowa błonki włóknika oderwanego od osierdzia. Jest ona wytworzona niemal z samych ściśle ze sobą połączonych, opisanych ciałek, tak że powierzchnia jej przylegająca do osierdzia przedstawia nader charakterystyczny obraz budowy z samych krążków, przypominający nieco bruk uliczny. (Fig. 1. a.) Powierzchnia, stykająca się z płynem worka osierdziowego, przedstawiała podobny obraz, ale już nie tak regularny, a to z powodu odpadania niektórych ciałek.



Fig. 1.

Opisane zmiany dotyczyły nasierdzia, blaszka ścienna była jedynie zmętniała, nieco przekrwiona. W sercu nie stwierdzono widocznych zmian. Co do innych narządów, to wykazano lewostronnie surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej i w związku z niem niedodmę uciskową dolnego płatu płuca.

Ilość płynu w jamie opłucnowej wynosiła około $^1/_4$ l., a obfite naloty włóknika z trudnością dawały się oderwać od opłucnej. Mieliśmy tu zatem zapalenie opłucnej już przewlekające się. Zresztą w innych narządach nic godniejszego uwagi nie można było wykazać.

(Fig. 1. a. błonka włóknikowa, powierzchnia od strony nasierdzia, utworzona z licznych ciałek o ułożeniu, przypominającem bruk uliczny; b. poszczególne ciałka włóknikowe; c. ciałka ułożone w ruloniki (wielkość naturalna).

Badanie bakterjologiczne nalotów włóknikowych opłucnej i osierdzia wykazało obecność licznych dwoinek Fränkei-Weichselbauma.

Badanie drobnowidowe: Ze względu na niezwykłą zawartość worka osierdziowego wysięki włóknikowy na blaszkach osierdzia stwierdzony, przeprowadziłam szczegółowe badanie drobnowidowe tak osierdzia, jak i wolnych w nim pływających ciałek. Badanie to było tem ważniejsze, że mogło ułatwić wytłumaczenie mechanizmu powstania tych niezwykłych tworów. Preparaty barwiono zwykłemi metodami a także metodą Weigerta na włóknik w celu zbadania wyglądu i ułożenia włóknika a następnie stosunku jego do drobnoustrojów.

W preparatach z serca widzimy nieznaczne bujanie tkanki ziarninowej, wychodzącej z osierdzia, której górna warstwa oka zuje dość obfite niteczki i siateczkę włóknika. Na tej warstwie warstwa druga, złożona z bardzo delikatnej siateczki włóknika, podobna do błonki krupowej, z nielicznemi komórkami wysiękowemi. Miejscami widzimy, jak w tej warstwie półkuliste odcinki zaczynają się oddzielać, a to w następstwie niewątpliwie gromadzenia się bardzo obfitych ciałek białych, które drogą rozpuszczania włóknika w postaci łukowatej oddzielają poszczególne (Fig. 2. c.) zmienione kosmki włóknikowe od błony włóknikowej. Są to obrazy, które spotyka się przy odgraniczających zapaleniach



Fig. 2

Fig. 2. Przekrój pionowy przez nasierdzie: a. tk. tłuszczowa podnasierdziowa, b. nasierdzie nieco zgrubiałe i zapalnie nacieczone, c. oddzielające się ciałko włóknikowe. (Leitz. Ok. rys. II. Zeiss. Obj. aa).

Niewątpliwie też w obrazach tych znajdujemy wytłumaczenie oddzielania się i odpadania ciałek, z których złożone są opisane błonki. Zachodzi teraz pytanie, dlaczego się one tak ogniskowo oddzielają i skąd pochodzi ich mniejwięcej równa wielkość i krągława postać podstawy, tak dobrze widoczna na owych oddzielonych błonkach z osierdzia, jak to widzimy na rysunku. Fakt ten możnaby wytłumaczyć w następujący sposób: W początku zapalenia mieliśmy tu do czynienia z kosmkami, jakie zwykle spotykamy przy zapaleniu włóknikowem osierdzia. Kosmki te mają u podstawy postać nieco krągławą. W naszym przypadku oddzielały się one wskutek wspomnianej demarkacji, tak jak ciało obce. Ściśle w miejscu odpadającego, względnie oddzielającego się kosmka, powstawał świeży włóknik, który też wskutek tego przedstawiał wyniosłość dość ograniczoną w stosunku do najbliższego otoczenia; ta świeża wyniosłość włóknikowa nie miała już postaci kosmka, gdyż na niej od góry przylegał jeszcze czas jakiś trzymający się, co prawda luźnie, jeszcze nie odpadły kosmek; postać jednak świeżo wytworzonej wyniosłości włóknikowej jest również krągława. W ten sposób powstaje szereg takich nieco walcowatych tworów włóknikowych, które, jak to widać na rycinie, pozostając dość długo ze sobą w luźnym związku, tworzą owe charakterystyczne rulony. Co się tyczy walcowatych postaci ciałek, to postać ich ulega z czasem pewnym zmianom. Jak preparaty Weigiertowskie z ciałek tych wykonane wykazały, najgrubszą i najzbitszą sieć włóknika znajdujemy w ich osi podłużnej, co może być wyrazem kurczenia się ciałka. Włóknik, kurcząc się, prowadzi do wklęśnięcia podstaw i wciągnięcia płaszcza walca, a tem samem wskutek tego kurczenia się i wciągania podstawy do łatwiejszego oddzielania się ciałek od podstawy. W czem leży jednak przyczyna, że tych kosmków tak wiele się wytwarza? Niewątpliwie w charakterze samego zapalenia. Obraz histologiczny i makroskopowy przemawia za zapaleniem przewlekającem się, co się zaznacza bujaniem tkanki ziarninowej, ale

i niewątpliwie ustawicznem tworzeniem się wysięku włóknikowego. I tem też właśnie ciągłem tworzeniem się włóknika w miejscu pierwotnych kosmków jedynie można wytłumaczyć, w myśl przytoczonego przezemnie mechanizmu, tę niestosunkowo dużą ilość ciałek włóknikowych, stwierdzonych w płynie worka osierdziowego. Ilość ta wielekroć przewyższa wielkość powierzchni osierdzia, w zakresie której wytworzył się wysięk włóknikowy. Przeciąganie się zapalenia należy odnieść do braku zdolności obronnych, zaczynowych i resorbcyjnych wynędzniałego ustroju dziecka, a więc do niedostatecznej ilości i siły tych czynników, które, jak wiadomo, ułatwiają i prowadzą do zobojętniania czynników szkodliwych i do usunięcia wytworów zapalnych.

XVII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

Dr. Janina Dąbrowska, asystentka Zakładu. Warszawa.

Przyczynek do nowotworów nerwu słuchowego (*Neurinoma*).

U kobiety lat 70, zmarłej wskutek nieżytowego zapalenia płuc i znacznego stopnia miażdżycy tętnic, znalazłam zupełnie przypadkowo na sekcji w kącie między mostem a móżdżkiem nowotwór, wielkości orzecha tureckiego, o powierzchni nierównej, brodawkowej, dość spoisty.

Dokładne badanie stosunków anatomicznych wykazało, iż nowotwór ten za pomocą krótkiej nóżki jest spojony z nerwem słuchowym w odległości jednego centymetra od wyjścia tego nerwu z mózgu, cała zaś jego powierzchnia jest zupełnie wolna, nigdzie nie zrośnięta z częściami otaczającemi.

Przypadek ten wydał mi się ciekawym ze względu na wyraźny stosunek tego nowotworu do nerwu słuchowego, co poniekąd popierałoby pogląd Henschena, że tylko pewna część nowotworów kąta mostowo-móżdżkowego rozwija się z zachyłka bocznego (*recessus lateralis*), nie zaś wszystkie, jak chce Orzechowski, i że nawet wtedy, gdy nowotwór ten jest zrośnięty ze ścianą tego zachyłka, mógł on pierwotnie wychodzić z nerwu słuchowego.

Dla wyjaśnienia tych spraw omówię w krótkości dane, dotyczące tego miejsca w mózgu.

Zamiast powszechnie używanej nazwy kąta mostowo-móżdżkowego Klarfeld poleca nazwę zaułka, co ze względu na charakter samego miejsca jest nazwą bardziej odpowiednią. Zastrzec się należy, iż nazwa ta dla nowotworów jest nazwą czysto topograficzną i nie przesądza bynajmniej ich charakteru i pochodzenia, pomimo twierdzenia Orzechowskiego, iż wszystkie nowotwory, rozwijające się w tym zaułku, a nawet w częściach sąsiednich mózgowia, pochodzą z przyśrodkowej (*medialis*) ściany zatoki bocznej (*recessus lateralis*). Zdanie to opiera Orzechowski na badaniach rozwojowych. Według niego pomiędzy tyłomózgowiem (*Metencephalon*), a rdzeniomózgowiem (*Myelencephalon*) z wtórnego wałka jamy czworobocznej pozostaje rozwojowo drobne ciało, zwane mostowo-opuszkowem, które może się stać punktem wyjścia dla większości nowotworów komory IV, mostu, zaułka mostowo-móżdżkowego, nerwów trójdzielnego i słuchowego. Pozostałość ta jest wynikiem tych złożonych spraw, które się odbywają w tem miejscu w czasie rozwoju mózgu. Koleje rozwojowe tej części mózgu są bodaj że najzawilsze w rozwoju układu nerwowego ośrodkowego, co między innemi wyraża się w niestałej budowie histologicznej ściany przyśrodkowej. Wiemy, iż pierwotny wałek jamy równoległobocznej zrasta się w czasie rozwoju z rdzeniem przedłużonym, by wkrótce jednak oddzielić się od niego. Wtórnie powstający wałek zrasta się ponownie z rdzeniem, lecz w miejscu, które pozostaje, jako przyśrodkowa ściana zachyłka bocznego, zrost ten jest niezupełny i w miejsce to wrasta pasmo tkanki łącznej. Wszystkie te sprawy odbywają się tak blisko odejścia gałązek nerwu słuchowego, iż gałązki te przyjmują czynny udział w tych przemianach, co przyczynić się może do rozwoju nowotworów z tego właśnie nerwu.

Jeżeli, według Orzechowskiego, w czasie rozwoju zadziała pewna szkodliwość głównie wtedy, gdy jednocześnie wytwarza się tutaj splot naczyniowy, tj. w końcu drugiego miesiąca, ściana przyśrodkowa zachyłka może się fałdować silniej, niż zwykle, co może powodować wypuklanie się dna zachyłka aż prawie do wierzchołka kłaczka (*flocculus*) móżdżkowego. W następstwie zrastać się może opona miękka móżdżka z oponą miękką dna zachyłka i wytwarzać tak często tutaj znajdowane torbiele

Nowotwory, z któremi spotykamy się w tem miejscu, są to przeważnie glejaki, włókniaki, mięsaki, nowotwory mieszane, najrzadziej nerwiaki. Jeżeli chodzi specjalnie o nowotwory z nerwu słuchowego to: 1) bądź znajdują się one w ścisłej z nim łączności i rozszczepiają jego włókna nerwowe, 2) bądź są one luźno usadowione i spojone z torebką, za pomocą nóżki, jak to było w moim przypadku.

Naogół jednak nowotwory te które wychodzą z nerwu słuchowego, należą do wielkich rzadkości, gdyż, np. z 26 takich nowotworów Hartmanna Sternberg wykazał tylko w 4 przypadkach organiczny związek z tym nerwem.

Klinicznie nowotwory te charakteryzują się wzrostem powolnym i przebiegiem łagodnym tak, iż chory nie odczuwa żadnych objawów podmiotowych ze strony nerwu słuchowego, jak np. w przypadku Grinkesa, gdzie lekarz stwierdził głuchotę jednego ucha, o czem chory dowiedział się ze zdziwieniem. W moim przypadku również nie było żadnych objawów podmiotowych, jak na to wskazuje historja choroby. Z innych jeszcze względów przypadek mój jest ciekawy, mianowicie z wyników badania mikroskopowego. Na pierwszy rzut oka miało się wrażenie, iż nowotwór jest włókniakiem, jednak charakter włókienek, szczególniej przy barwieniu metodą Van Giesona, które barwiły się na żółto, przytem wykazywały jakgdyby ziarenkowatość, wskazywał już na to, iż mamy tu do czynienia, jak gdyby z tkanką glejową. Pozatem w preparatach barwionych hematoksyliną i eozyną układ niektórych włókienek robił wrażenie poprzecznie lub skośnie ściętych nerwów; przy barwieniu metodą Bielschowskiego sprawa ta nie została rozstrzygnięta, gdyż wprawdzie były włókienka, które barwiły się na ciemno, lecz nie tak ciemno jak zwykle włókienka nerwowe.

Prócz tego znalazłam tutaj grupy, jak gdyby komórek dużych, z dużem jasnem jądrem, które nie wykazywały wyraźnego odgraniczania się protoplazmy, lecz prędzej skupienie jąder wśród masy syncytjalnej.

Porównując te obrazy z opisami Verocay'a doszłam do wniosku, iż mam tu do czynienia z nowotworem, opisanym przez niego pod nazwą „*Neurinoma*“, t. j. nowotworem włóknistym, wychodzącym z torebki Schwanna, w którym opisane komórki są prawdopodobnie bujającemi komórkami tej torebki, a sam nowotwór stoi na pograniczu nowotworów z tkanki glejowej a nerwiaków. Nowotwór ten w każdym razie zaliczyć należy do nowotworów pochodnych z zewnętrznego listka zarodkowego.

Tegoż zdania jest Kohn i Dürck, który twierdzi, iż mamy tu tylko zewnętrzne podobieństwo do tkanki łącznej, która w istocie jest tylko odróżnicowaną tkanką nerwową.

Tak więc przypadek mój zasługuje na uwagę z 2 względów: 1) iż jest to nowotwór z torebki Schwanna, 2) iż zaliczyć go muszę do t. zw. Neurinoma.

Dr. Anna Kogutowa. Lwów.

O polskich arsenobenzolach — Neosalvan (Grodzisk), Neosalutan (Zgierz).*)

Z oddziału żeńskiego skórno-wenerycznego P. Szp. P. we Lwowie.
(Prym. Doc. Dr. Roman Leszczyński).

Corocznie wydajemy miljony za granicę na zakupno Neosalvarsanu. Z zadowoleniem więc dowiedzieliśmy się o założeniu krajowych fabryk chemicznych i możności zastąpienia Neosalvarsanu, wyrobu niemieckiego i francuskiego, przetworami krajowymi Do tych należy Neosalvan z fabryki w Grodzisku i Neosalutan w Zgierzu.

Oddział skórno - weneryczny żeński P. Szpitala P. we

*) Weszła do Redakcji w marcu b. r.

Lwowie zwrócił się do owych fabryk z żądaniem przesłania większej ilości tych przetworów, aby wypróbować działanie tychże tak pod względem jadowitości, jak i skuteczności leczniczej. Jednakowoż fabryki okazały brak zrozumienia kupieckiego interesu, Grodzisk przysłał 48 dawek, zaś Zgierż tylko 12 dawek (!)

Wobec skąpej ilości przysłanego przetworu chodziło nam przedewszystkiem o to, aby u jak największej ilości osobników z objawami kiły przetwory te zastosować i wyrobić sobie zdanie co do ich jadowitości. Ocenę działania leczniczego i skuteczności zostawiamy do czasu, gdy we większej ilości będziemy mogli je zastosować, podając na razie nasze tymczasowe spostrzeżenia.

Wiemy, że toksyczność preparatów arsenobenzolowych zależy od zawartości tlenku arszenikowego. Wedle Ehrlicha preparaty dobre zawierają 0·5—0·8% tlenku arszenikowego. Preparaty zawierające 1·2—1·5% są jeszcze znośne, te zaś, które zawierają wyższy odsetek tego tlenku wywołują ciężkie objawy zatrucia.

Preparaty krajowe mają odpowiadać, wedle podania firmy, pod względem chemicznym preparatowi 914 Ehrlicha. Przedstawiają się jako żółty proszek, który rozpuszczamy i podajemy, jak preparaty Neosalvarsanu. Przy rozpuszczaniu Neosalvanu (Grodzisk) i Neosalutanu (Zgierz) zauważyliśmy, że Neosalvan jest co do koloru jaśniejszy i rozpuszcza się szybciej, niż Neosalutan, który prawie zawsze zbija się w kłaczki i rychło na powietrzu ciemnieje (utlenia się?) Co do odczynu, to jeden i drugi przetwór oddziałuje obojętnie. Po podaniu występowała prawie we wszystkich przypadkach gorączka i to wyższa przy podaniu Neosalutanu (Zgierz), niż Neosalvanu (Grodzisk). Mocz badaliśmy przed i po podaniu i nie stwierdzaliśmy pojawienia się białka. W pewnej ilości przypadków występowały nudności, wymioty, ból głowy, ciepłota 39°—40°, które to objawy do 48 godzin ustępowały. Uderzało nas to, że gorączka występowała niestosunkowo często i wyższa, niż przywykliśmy ją spostrzegać po Neosalvarsanie. Co do działania leczniczego Neosalvanu (Grodzisk), (o Neosalutanie nie możemy mówić, gdyż otrzymaliśmy go za mało), są nasze tymczasowe spostrzeżenia korzystne. Już po pierwszem wstrzyknięciu osutki plamiste bledły i ustępowały. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy objaw Jarisch-Herxheimera. Osutki guzkowe spłaszczały się, kłykciny sączące pokrywały się przybłonkiem, przysychały i spłaszczały się.

W ogólności odnieśliśmy wrażenie, że Neosalvan (Grodzisk) zajmuje stanowisko pośrednie zarówno co do jadowitości, jak i działania, między Neosalvarsanem a starym Salvarsanem. Wydaje się on bardziej jadowitym i bardziej skutecznym, niż Neosalvarsan, a zbliża się w objawach następowych i działaniu do starego Salvarsanu. Byłoby pożądanem, aby Firma Grodzisk przez dokładniejsze oczyszczenie zmniejszyła jeszcze jadowitość swego przetworu, a w takim razie Neosalvan wyprze rychło wprowadzane zagraniczne arsenobenzole.

Z praktyki.

A. Chełmoński. Warszawa.

Wstrząsanie, jako sposób rozpoznawania kamicy żółciowej.

(Notatka kliniczna).

Rzadko za pomocą obmacywania stwierdzić można obecność kamieni w pęcherzyku i drogach żółciowych. Zwykle rozpoznanie kamicy opiera się na danych mniej lub więcej podmiotowych, a więc niepewnych. Dlatego też uzasadnione jest poszukiwanie danych, ułatwiających rozpoznanie.

W tym celu przed kilkunastu laty zacząłem stosować wstrząsanie *). W pozycji stojącej lub klęczącej chorego uderza się go pięścią w okolicę pęcherzyka żółciowego, t. j. w podżebrze prawe w linji przymostkowej. W razie obecności kamieni żółciowych wstrząsanie to sprowadza ból, zwykle rozpromieniający się do dołka. Ból ten występuje zarówno w okresie ostrym, tj. w okresie zapalnego podrażnienia pęcherzyka, i wtedy jest bardzo dotkliwy, co chory wyraża często nagłym ruchem głowy ku tyłowi, jakoteż w okresie kamicy utajonej i wtedy ból jest mniej silny. Silny ból oznaczamy na kartach szpitalnych przez R. S. (*reactio succussus*) +++, umiarkowany R. S. ++, słaby R. S +.

Ten sposób postępowania daje wogóle dobre wyniki O ile jednak kamień jest tak umiejscowiony, że wstrząsanie poruszyć go nie może (mała, głęboko położona wątroba, kamienie w samej wątrobie), to, mimo obecności kamieni, omawiany objaw może nie występować. Z drugiej strony opuszczona nerka, duża wątroba, sprawy zapalne w okolicy podżebrza prawego, sprawy w trzustce mogą stać się powodem omyłek. Jeżeli jednak pamiętać o powyższem, jakoteż ściśle spostrzegać charakter objawu, to często przyczynić się może do ustalenia właściwego rozpoznania, a niekiedy stać się jedynym dowodem kamicy, zwłaszcza utajonej.

Sprawozdania poglądowe

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego.

(Dokończenie)

Doświadczenia nad oddziaływaniem obniżenia ciśnienia w czaszce na oczy u psów wykonywał Noiszewski w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu w pracowni fizjologicznej Pawłowa.

Na przekrojach podłużnych przez tarczę i nerw wzrokowy można było stwierdzić, nawet okiem nieuzbrojonem, różnicę między zagłębioną tarczą z wygiętą w kierunku jamy czaszki sitówką u psów po trepanacji, a tarczą wypukłą z sitówką, wygiętą w kierunku wnętrza gałki u psa kontrolnego. Doświadczenia nad oddziaływaniem obniżonego ciśnienia w jamie czaszki na oczy u psów były powtórzone przez Władyczkę[1]), obecnie profesora Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, w pracowni Bechterewa. Doniosłe znaczenie mają spostrzeżenia nad oddziaływaniem nakłucia lędźwiowego na objawy jaskrowe w oczach. Objawy jaskrowe występują oczywiście nie w każdym przypadku nakłucia lędźwiowego. W przypadkach chorobowych, w których zachodzi obniżenie przez nakłucie lędźwiowe wzmożonego ciśnienia w układzie mózgowo-rdzeniowym, a nakłucie lędźwiowe obniża ciśnienie zaledwie do normy, objawy jaskrowe nie występują wcale lub tylko w przypadkach nadmiernego obniżenia ciśnienia. Objawy jaskrowe występują częściej u osobników, od których przez nakłucie lędźwiowe bierze się ciecz mózgowo-rdzeniową dla cytodjagnostyki, a nie w celu obniżenia wzmożonego ciśnienia. Dotąd, o ile mi wiadomo, tylko Pflugh[2]) zwrócił uwagę, że u niektórych osobników nakłucie lędźwiowe połączone jest z niebezpieczeństwem napadu jaskry.

Praca Pflugh'a ukazała się w r. 1911 t. j. w trzy lata po całym szeregu prac Noiszewskiego o znaczeniu obniżenia ciśnienia w układzie mózgowo-rdzeniowym dla powstawania jaskry. Gorbunow[3]), który był obecny na posiedzeniu Towarzystwa Okulistycznego Petersburskiego, na którem Noiszewski zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad obniżeniem ciśnienia w czaszce przez kranjektomję u psów i przez nakłucie lędźwiowe u ludzi, podał wkrótce potem spostrzegany przez siebie przypadek jaskry po nakłuciu lędźwiowem.

W przypadku tym kobieta 30-letnia cierpiała na tak gwałtowne bóle głowy, że doprowadzały ją aż do myśli o samobój-

---

*) S. Goldflam zalecał wstrząsanie w celu rozpoznawania kamicy nerkowej. Sposób ten postępowania znalazł powszechnie uznanie.

[1]) Władyczko. Rus. Wracz. 1913. N. 9. str. 684.

[2]) Pflugh. Scopolamin-Morphium Narkose und Glaukom. Klin. Mntsbl. f. Augenh. 19 1. XLIX. s. 663.

[3]) Gorbunow. Centralbl. f. pr. Aughk. August 1912.

stwie. Na naradzie lekarskiej, w której brał udział i specjalista chorób ocznych, bóle tłumaczono obecnością guza w mózgu i w celu obniżenia ciśnienia w czaszce dokonano nakłucia lędźwiowego. Stwierdzono przedtem, że ostrość wzroku była prawidłowa, widzenie obwodowe na światło białe miało granice prawidłowe, na światło barwne czerwone i zielone zwężone od strony nosa. Po nakłuciu lędźwiowem bóle głowy jeszcze bardziej się wzmogły.

Gorbunow stwierdził u chorej w obu oczach zmętnienie rogówki, płytkość przedniej komórki, zagłębienie tarczy i pole widzenia zacieśnione do 10° od strony nosa. Po rozpoznaniu napadu jaskry i po zastosowaniu ezeryny chora natychmiast uczuła ulgę. G następnie wykonał na obu oczach sklerotomję i chora została uleczona.

Jednak w kilka miesięcy później, po wzruszeniach i wielu nocach bezsennych był, nowy napad bólów, które usunęła powtórna sklerotomja.

Doświadczenia nad obniżeniem ciśnienia w czaszce nasuwały przypuszczenia, że i w warunkach życia codziennego mogą być wypadki nagłego obniżenia ciśnienia w czaszce. Otóż od dawna wiadomo, że wzruszenia przygnębiające bywały nieraz najbliższym powodem napadu jaskry. Wiedział o związku między wzruszeniami i jaskrą jeszcze w r. 1821 Demours[4]), zwracał uwagę na ten związek Wicherkiewicz[5]) i wskazywał go Sander[6]). Nietylko wzruszenia przygnębiające, ale wyczerpanie umysłowe i fizyczne, oraz głód wpływają na obniżenie ciśnienia w czaszce i objawy jaskrowe w oczach (Noiszewski[7]). Od czasów Graefego znany jest fakt występowania napadu jaskry w czasie gry w karty. Wecker podaje, że starsza kobieta po przegranej w karty dostała napadu jaskry. Zabroniono jej gry, jednak grała dalej i po drugiej przegranej oślepła i na drugie oko. Noiszewski opisał dwa przypadki napadu jaskry w czasie gry w karty. W jednym z nich u Salomona K., wraz z napadem jaskry w oku prawem, było jednocześnie i porażenie lewostronne. W drugim zawodowy szuler zmuszony był zaprzestać gry w karty, bo, jak tylko siadał do gry, zjawiały się zwiastuny napadu jaskry; zamglenie wzroku, bóle w skroniach i czole i koła tęczowe naokoło płomienia świec. Badanie wziernikiem wykazywało silne przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego w obu oczach. Rzecz oczywista, że nie u każdego z grających w karty powstają zaburzenia jaskrowe i nie każdy zmęczony lub przygnębiony jest zagrożony jaskrą, ale tylko ten, u którego równowaga ciśnień w gałce ocznej i czaszce ulega łatwo nagłemu zachwianiu. Ulegają tym napadom osobnicy z jaskrą utajoną. Jaskra utajona może pozostawać utajoną lata całe; przytem może nie być nawet tych objawów, które nazywamy zwiastunami jaskry. Często jedynym objawem jaskry utajonej są napady łzawienia. Nieraz mi się udawało usuwać łzawienie bez skutku leczone całemi miesiącami zgłębnikiem, pilokarpiną.

Niekiedy jaskra utajona sprowadza lata całe trwający ból głowy, który na zawsze usuwa wycięcie tęczówki. Noiszewski opisał kilka przypadków uporczywego bólu głowy, trwającego kilka lat, który po wycięciu tęczówki ustąpił zupełnie i na zawsze.

Bóle te należy umieć odróżniać od bólu głowy w wadach refrakcji i w niedomodze mięśni ocznych gałki; bóle te nie są w związku z ogniskowaniem i zbieżnością.

Jaskra utajona nie jest to samo, co jaskra prosta. Jaskra prosta prowadzi zawsze do ślepoty, przeciwnie jaskra utajona może trwać lata całe, ciągle grożąc, jak wieża pizańska, upadkiem wzroku, a jednak wzrok pozostaje przez cały czas jej trwania prawidłowy. Przypadłości podmiotowe mogą być bardzo ciężkie w jaskrze utajonej, przeciwnie w jaskrze prostej, pomimo nawet bardzo znacznego upadku wzroku, osobnik, nią dotknięty, nie doznaje żadnych przypadłości. Dlatego tak rzadko lekarzowi udaje się rozpoznać jaskrę prostą w jej pierwszym okresie. Oprócz Noiszewskiego opisali przypadki jaskry utajonej Władyczko[8]) i Gorbunow. Głównemi objawami jaskry utajonej, a właściwie objawami obniżonego ciśnienia w czaszce były w tych przypadkach bóle głowy. Przy bólach tych ulgę sprawiała ezeryna i pilokarpina, a ustawały zupełnie po irydektomji.

W piśmiennictwie lekarskiem bardzo niewiele jest przypadków jaskry, zbadanych pod względem anatomopatologicznym. A i te, które były zbadane, niewiele rzuciły światła na etjologję jaskry pierwotnej. Więcej, niż inne, budzi zajęcie przypadek Fuchsa, dotyczący kobiety zmarłej na zapalenie płuc, u której przed 7-iu laty Arlt wykonał na obu oczach z powodu ostrego napadu jaskry wycięcie tęczówki. Jedno jej oko było zupełnie ślepe, drugiem widziała dobrze do końca życia.

W obu oczach tarcze nie były zagłębione, chociaż nerwy wzrokowe uległy częściowemu zanikowi. Kąt przesącza był wolny, pomimo przerostu ciałka rzęskowego. Brak zagłębienia tarczy w tym przypadku jest jednym więcej dowodem, że zagłębienie tarczy zależy nie od wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej, ale od tego, że to ciśnienie większe jest od ciśnienia w czaszce. Brak zagłębienia w tym przypadku i w przypadkach Rydla i Noiszewskiego, o których było podane wyżej, można wytłumaczyć tylko tem, że ciśnienie w czaszce w tych przypadkach było większe, a przynajmniej równe ciśnieniu w gałce ocznej. Przypadek, opisany przez Elschniga[11]):

Kobieta 72-letnia z jaskrą dokonaną w oku prawem i z okiem lewem zupełnie zdrowem, z prawidłową ostrością wzroku dostała w tem oku ostrego napadu jaskry natychmiast po zapuszczeniu jednej kropli homatropiny.

Napad po zakropleniu ezeryny ustąpił, ale wystąpił ponownie po kilku dniach. Piątego dnia po tym napadzie chora nagle zmarła. Oto są dane badania pośmiertnego w tym oku: tarcza nieco obrzękła, poza blaszką sitową dają się stwierdzić w nerwie wzrokowym zwyrodniałe włókna; w zatoce rogówkowo-twardówkowej (przewód Schlema) zakrzep, żyły przyległe do tej zatoki nacieczone drobnemi, okrągłemi komórkami. Innych zmian niewie'e i są nieznaczne. Zresztą w tym przypadku nie tyle ważne są dane anatomo-patologiczne, ile fakt kliniczny, że jedna kropla homatropiny sprowadziła w oku zupełnie zdrowem ostry napad jaskry.

Zresztą nie jest to przypadek wyjątkowy i nieraz już jedna kropla atropiny sprowadzała jaskrę. Tylko nagłem zachwianiem równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce dają się wytłumaczyć tego rodzaju napady jaskry.

Jeżeli tak skąpe posiadamy dane anatomo-patologiczne o jaskrze ostrej i przewlekłej, to jeszcze mniej mamy danych o anatomji patologicznej jaskry prostej. Jeżeli autorowie badający anatomję patologiczną jaskry zastoinowej główną uwagę zwracali na przedni odcinek gałki i w szczególności na kąt przesącza, to autorom, badającym anatomję patologiczną jaskry prostej, pozostawało do badania tylko zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego. Z autorów, badających anatomję patologiczną jaskry prostej, przedewszystkiem wymienić należy Schnabla[12]). Według niego, jak już wspominaliśmy wyżej, zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego jest zależne od wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej; co oczywiście dla jaskry prostej jest najzupełniej słuszne, jak również słuszne jest, że jest to sprawa zapalna tarczy nerwu wzrokowego. Zapalenie to oznacza Schnabel mianem *„neuritis optica cavernosa"*; ale nie umie wytłumaczyć ani przyczyny zagłębienia, ani przyczyny zapalenia tarczy. Zresztą Schmidt-Rimpler, omawiając przypadek, na podstawie którego Schnabel stworzył nową jednostkę chorobową, *neuritis optica cavernosa*, nie chce się zgodzić, że jest to przypadek jaskry, ze względu na to, że *lamina cribrosa* nie uległa tu zagłębieniu razem z tarczą. Według Schmidt-Rimplera jest to *„neuritis descendens nervi optici"*.

Zajmujące jest porównanie przypadku Schnabla z przypadkiem, opisanym przez Schmidt-Rimplera[13]),

[4]) Demours. Traité pratique des maladies des yeux. 1821.
[5]) Wicherkiewicz Postęp okul. str. 120 r. 1905.
[6]) Sander. Glaucome emotif Archiv d'Ophtalmol 1906.
[7]) Noiszewski. l. c. str 18.
[8]) Władyczko. Wracz 1913. N. 19.

[9]) Gorbunow. Centrabl. f. pr. Augenheilkunde Februarheft 1911.
[10]) Fuchs. Glaucoma inflammatorium v Graefe Arch. f. Ophth. XXX. 1884. 3 str. 123.
[11]) Elschnig A., Anatomische Untersuchungen zweier Fälle von acuten Glaucom. Arch. f. Augenheik. Ergänzungsheft str. 183. 1896.
[12]) Schnabel. Das Glaukomatose Sehnervenleiden. Arch. f. Augenh. XXIV. 4 str. 273 r. 1892.
[13]) Schmidt-Rimpler l. c. str. 100.

w którym odwrotnie były jamy, było i wygięcie sitówki w kierunku czaszki, ale nie było zagłębienia tarczy.

Porównywując dwa te przypadki, dochodzimy do wniosku, że tam, gdzie przewód osiowy w nerwie wzrokowym jest tak szeroki, że prąd cieczy chłonnej w gałce ocznej ma wystarczające i ujście i przejście do jamyczaszki, tam, pomimo nawet wzmożonego ciśnienia w gałce, zagłębienie tarczy nie występuje. Jeżeli jednak ujście w samej tylko tarczy jest szerokie, a poza tarczą znowu się zwęża, to tarcza pozostaje niezagłębiona, ale sitówka będzie zagłębiona i wygięta w kierunku jamyczaszki.

Tak więc w pierwszym przypadku było zagłębienie tarczy, a nie było jaskry; w drugim nie było zagłębienia tarczy, a jednak była jaskra.

Od czasu, gdy Knies[14]) w 14-stu zbadanych anatomopatologicznie przypadkach jaskry znajdował zawsze niedrożność kąta przesącza w przedniej komórce oka, powstała teorja o niedrożności kąta przesącza, jako o przyczynie jaskry. Bentzen[15]) sam, a następnie wspólnie z Leberem[16]) na podstawie badań pośmiertnych przyszli do wniosku, że w oczach, porażonych jaskrą, drożność kąta przesącza jest dla cieczy wewnątrz-gałkowej ograniczona.

Powstawanie jaskry wtórnej tłómaczy się zupełnie zadowalniająco, jeżeli przyjąć utrudniony odpływ, ale niepodobna wytłómaczyć w ten sposób powstawania jaskry pierwotnej. Chyba, gdybyśmy przyjęli, że i powstawanie jaskry pierwotnej stawiamy w zależność od uprzedniego stanu zapalnego w gałce ocznej; ale w takim razie nie byłoby żadnej różnej między jaskrą wtórną, a jaskrą pierwotną. Niektórzy powstawanie jaskry pierwotnej czynią zależnem od wzmożonego ciśnienia krwi w naczyniach. Zdania tego są Adamück[17]), Bajardi, Grünholm, Frenkel, Ewerbusch, Zimmermann Landsberg. Krämer[18]) jednak na 45 przypadków jaskry tylko w 16-u znalazł wzmożone ciśnienie krwi w naczyniach. Do wniosku, że niema związku przyczynowego między ciśnieniem krwi w naczyniach, a ciśnieniem wzmożonem w gałce, przyszedł i Terson[19]), który uprzednio przypisywał wielkie znaczenie wzmożonemu ciśnieniu krwi dla powstawania jaskry pierwotnej. Tak samo i Leber[20]) utrzymuje, że ani wzmożone ciśnienie krwi, ani zastój żylny, ani podrażnienie nerwu naczyniowego (*symphaticus*) lub nerwu trójdzielnego nie prowadzi do wzmożenia ciśnienia w gałce. O wiele racjonalniejsza jest teorja powstawania jaskry pierwotnej, przyjmująca jako przyczynę jaskry nadmierną czynność wydzielniczą (*hypersecretio*). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynność wydzielnicza wypustek rzęskowych znajduje się w ścisłym związku z jaskrą zastoinową czyli inaczej pierwotną. Była już o tem mowa, gdy przyrównywaliśmy wypustki rzęskowe do splotów naczyniówki mózgu.

Podana obecnie teorja powstawania jaskry wychodzi z założenia zachwiania równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce. Teorja ta uwzględnia głównie t. zw. jaskrę prostą; ale tłómaczy i powstawanie nagłych napadów jaskry pierwotnej w tych przypadkach, kiedy np. jedna kropla atropiny lub homatropiny wyprowadza nagle z równowagi ciśnienie w gałce ocznej. Niekiedy nagłe wzruszenie działać tu może analogicznie do kropli atropiny (*glaucome emotif*).

---

[14]) Knies. Ueber das Glaucom Arch. für Ophth. XXII. 1876. 3. „Zur Lehre von den Flüssigkeitsstörungen. Virchows Arch. XLV. 1877. Centralbl. f. Allgem. Phathol. und pathol. Anatom. 1890 str. 407.

[15]) Bentzen. Ueber experimentelles Glaukom beim Kaninchen und über pathologische Anatomie das Glaukoms. v. Graefe Arch. f. Ophth. 1895 XLI. 4 str. 42.

[16]) Leber u. Bentzen. Ueber die Filtration der vorderen Kammer bei normalen u. glaukomatösen Augen. Arch. f. Oph. XLI. 3 str. 208. 1895.

[17]) Adamück. Centralbl. f. d. med. Wissensch. str. 561. r. 1866.

[18]) Krämer v. Graefe Arch. f. Ophth. Bd. LXXIII. str. 349. r. 1910.

[19]) Terson Arch. d. Oculist. CXL. 224. 1907.

[20]) Leber. Die Circulations und Ernährungsverhältnisse des Auges s. 354. Graefe-Saemisch 2-te Aufl.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 11. z 1922.

Haberda. **Stanowisko lekarza w ostatnim austrjackim i niemieckim projekcie prawa karnego.** Prof. Haberda zajmuje się w tym artykule sprawami, dotyczącemi ogółu lekarzy ze stanowiska prawa austrjackiego i niemieckiego. Rozstrząsa sprawy tak żywotne i zajmujące, jak np., czy lekarz może bez zezwolenia chorego wykonywać jakiś zabieg operacyjny (wzgl. leczenie) — czy wolno leczyć kogoś wbrew jego woli, czy wolno leczyć porażeńca szczepieniem zimnicy — czy wolno np. wykonać wycięcie trąbek dla wytrzebienia kobiety, tylko na jej życzenie. Zastanawia się nad spędzeniem płodu — nad tajemnicą lekarską — przymusem leczenia — orzeczeniami lekarskiemi, błędami w sztuce wskutek nieumiejętności i niedbalstwa.

W. Neumann. **O swoistem leczeniu i rozpoznaniu gruźlicy.** Poleca tuberkulinę przy surowiczych gruźliczych zapaleniach opłucnej i otrzewnej. Po 2-3 injekcjach następuje spadek ciepłoty i wessanie wysięku przy polyurji. Dobre wyniki widział autor również przy gruźliczych sprawach płucnych, chronicznych. Nawołuje do ścisłości przy rozpoznawaniu t. zw. apicitis, przy której wyniki leczenia swoistego są świetne.

J. Hochenegg. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Wykład kliniczny.

K. Urban. **O znieczulaniu miejscowem i uśpieniu ogólnem.** Autor uważa znieczulenie lędźwiowe za wysoce niebezpieczne z powodu działania ubocznego na rdzeń i mózg (1 przypadek śmierci na 200 operowanych). Nie poleca również znieczulenia ekstraduralnego Cathelin'a ani też znieczulenia paravertebralnego; także poleconego przez Kappisa znieczulenia nn. splachnici nie uważa za dobre — krótko mówiąc twierdzi, że znieczulenie miejscowe (infiltracja, znieczulenie obwodowe, (*Leitungsanästesie*) zastępują skomplikowane i niebezpieczne metody znieczulań rdzeniowych. Do ogólnej narkozy poleca chemicznie czysty eter albo chloroform, zależnie od przypadku.

Nr. 12 z 18. marca 1922.

O. Stoerk. **O stwardnieniach naczyń.** Autor omawia zdobycze nauki ostatnich 20 lat z dziedziny patologji naczyń, przy specjalnem uwzględnieniu arteriosklerozy, której pojęcie zacieśniło się wprawdzie, ale i nabrało jasności.

R. Kronfeld. **Zakażenie ogólne z jamy ustnej i leczenie korzeni zębowych.** Związek między chorobami zębów a innemi cierpieniami ogólnemi znany jest od dawna, obecnie dzięki pracom autorów amerykańskich, internistów, bakterjologów i radjologów, uzyskuje potwierdzenie. Szczególnie ważne są ogniska zapalne około t. zw. martwych zębów, które chronicznie zakażają organizm. Reumatyzm, zapalenie wsierdzia, nerek, wyrostka robaczkowego, choroby wątroby i woreczka żółciowego, choroby oczu, neuralgje i psychozy są następstwem takich zakażeń.

W. Neumann. **O swoistem leczeniu i rozpoznaniu gruźlicy** (ciąg d. z poprzedniego numeru). Autor zastanawia się nad teorjami działania tuberkuliny i zajmuje się techniką jej stosowania przy rozmaitych postaciach gruźlicy. Poleca wreszcie w odpowiednich przypadkach wcieranie glicerynowego roztworu tuberkuliny. *M. B.* (Lwów)

Czasopisma archiwalne.

Patologja i anatomja patologiczna.

The Lancet.

26.XI. 1921.

A. S. Herbert. **Objaw żuchwowo-karkowy i jego znaczenie w klasyfikacji spraw reumatycznych.** Wiadomo, że staw żuchwowy bywa zajęty w niektórych cierpieniach reumatycznych, zbyt mało jednak do tej pory zwracano uwagi na okoliczność, że objaw ten jest wprost znamienny dla pewnej grupy schorzeń tego rodzaju. Współrzędnie z zajęciem żuchwy

idzie ból, zesztywnienie i trzaskanie w karku, mianowicie w pobliżu stawu szczytowopotylicznego. Przyczyna i podkład anatomiczny tej sprawy jest dość ciemny: w razach daleko posuniętych oględziny pośmiertne dają obrazy nader różnorodne, a więc zgrubienia kręgów, zwyrodnienia bliznowate i t. p. Należy uznać za pewnik, że współistnienie tych objawów dowodzi sprawy toksycznej na tle bakteryjnem, podczas gdy w czystej dnie to się nie zdarza.

Opierając się na powyższem, w poszukiwaniu drogi do prawdy w zawiłym labiryncie »reumatyzmów i artretyzmów«, autor ostatecznie decyduje się na uklasyfikowanie chorób, o których mowa, podając wzór następujący:

A. Brak objawu ż.-k. 1. dna (ostra i przewlekła),

2. reumatyzm (ostry i przewlekły).

B. Obecność objawu żuchwowego i karkowego, a więc grupa toksyczna i zakaźna: 3. rzeżączkowa, 4. czerwonkowa, 5. toksyczna (punktem wyjścia zamknięte ognisko zakaźne, a więc migdałki, zęby, nos, ucho, pęcherzyk żółciowy, wyrostek robaczkowy, wreszcie samozatrucie kiszkowe, 6. »reumatoidy« czyli sprawy, gdzie nie sposób wyraźnie wskazać rodzaju zakażenia, lecz, gdzie z powodu typowości objawów mamy prawo mówić o swoistości zakażenia; typ polega tu na wybitnej umiarowości zajęcia stawów, zwłaszcza międzyczłonowych wskaziciela i środkowego palca, na przewadze płci żeńskiej, na objawach nerwowoodżywczych, jakoto pocenie się rąk, przyśpieszona praca serca i t. p., 7. zajęcia stawów w następstwie chorób ostrych gorączkowych, a więc odry, płonicy, durów, grypy i t. d., 8. reumatyzm tarczycowy; spostrzeganie uczy, że w bardzo wielu razach *„hyperthyreoidyzm“* idzie w parze z cierpieniami artretyczno-reumatycznemi i w tych właśnie razach adrenalina działa bardzo energicznie.

C. Zajęcie stawów urazowe, t. j. przypadki rozpoczynające się jako zwykły uraz chirurgiczny, z biegiem czasu dający zmiany kostno-stawowe. Do grupy tej należy zaliczyć wszelkie sprawy stawowe zawodowe, czyli takie, gdzie dane ugrupowanie tkanek ulega często powtarzanym urazom.

D. Zapalenia kostnostawowe; w grupie tej gromadzi autor ostateczne zmiany kostno-stawowe, jakie mogą powstawać w następstwie wszystkich wyżej wymienionych schorzeń. W wielu razach zmiany tu powstałe w postaci rozrostu tkanki kostnej, ograniczenia ruchów stawowych, zaniku mięśni i t. d. można uważać jako obronę ustroju przeciw działalności czynnika zakaźnego, co istotnie w wielu razach zostaje uwieńczone powodzeniem.

Jak widzimy z powyższego, klasyfikacja cierpień reumatycznych nie jest łatwa, jednakże leczenie ich jest wielekroć trudniejsze. Oczywiście musi się ono opierać przedewszystkiem na usunięciu przyczyny choroby i dlatego dokładne rozpoznanie, nie zadawalające się nic niemówiącemi wyrazami, reumatyzm i artretyzm, powinno być punktem wyjścia dla wszelkich zabiegów leczniczych. Dla przykładu można wziąć całą grupę »B«; łatwo domyślić się, iż wymaga ona leczenia tonizującego w sensie zwiększenia odporności tkanek przeciw drobnoustrojom: w ten sposób wchodzą tu w grę szczepionki, których skuteczność zależy w znacznym stopniu od rozpoznania. *E. Lewenstern.*

Zieglers Beiträge f. path. Anat.
T. 69. Z. 1 : 2. 1921.

Prof. Marschand. **Zmiany w śródbłonkach otrzewnej po wprowadzeniu małych ciał obcych.** Po jałowem wprowadzeniu do jamy otrzewnowej ziaren widłaka *(lycopodium)* powstaje w otrzewnej proces zapalny, w którym ważną rolę fagocytów odgrywają komórki śródbłonkowe otrzewnej; zamieniają się na duże, wrzecionowate, okrągłe lub wielopostaciowe fagocyty i posiadają ruchy amoeboidalne. Po otorbieniu ciała obcego przyjmują znowu postać komórek śródbłonkowych.

Dr. Hauser. **Czaszka kiłowa, pochodząca z cmentarza Sebalda w Norymberdze.** Opis czaszki ze zmianami kiłowemi, znaiezionej przy odkopywaniu starego cmentarza Sebalda w Norymberdze. Na podstawie kroniki miasta stara się autor wyświetlić, z jakiego czasu ona pochodzi, mianowicie uwzględnia okres od pojawienia się *„mala francoza“* w Norymberdze aż do zamknięcia cmentarza, co przypada na koniec wieku piętnastego a początek szesnastego.

Prof. Hedinger. **O znaczeniu danych anatomicznych w kile wrodzonej.** H. opisuje 2 płody, u których klinicznie i anatomicznie, mikroskopowo i makroskopowo rozpoznawano kiłę. Dokładne jednak badanie w kierunku krętków bladych w narządach dało wynik ujemny, coby znowu, według dotychczasowego zapatrywania, przemawiało przeciw kile. Autor radzi zwracać uwagę na podobne przypadki.

Prof. Ghon. **W sprawie związku zespołu wczesnych zmian gruźliczych z ogniskiem pierwotnem.** Autor zwraca uwagę na stałą zależność następowych zmian gruźliczych w gruczołach chłonnych od miejsca pierwotnego zakażenia w tym sensie, że największe zmiany znajdujemy w gruczołach, leżących najbliżej miejsca pierwotnego zakażenia. To też znalezienie wybitnych zmian gruczołowych każe nam w ich sąsiedztwie szukać za pierwotnem ogniskiem. Kierując się temi danemi znalazł autor w dwóch przypadkach u dzieci raz pierwotne miejsce zakażenia w nosie, drugi raz w odbytnicy.

Prof. Gierke. **Wytwórcze zapalenie mięśnia sercowego z odnową włókien mięsnych sercowych.** Autor opisuje obrazy zapalenia przewlekłego w mięśniu sercowym, gdzie obok blizn znalazł obfite nacieki drobnokomórkowe wytworzone głównie z komórek limfoidalnych, miejscami bujającą tkankę ziarninową, wśród niej obfite komórki olbrzymie, tak że ogniska te na pierwszy rzut oka przypominały gruzełki gruźlicze lub nacieki kiłowe. Bliższe badanie wykazało, że komórki te powstają z zanikających wśród procesu zapalnego włókien mięsnych, z nich zaś powstają myocyty, z których wytwarzają się w okresie gojenia się nowe włókna mięsne, spotykane potem wśród blizn, że nie są to zatem komórki olbrzymie, cechujące sprawę gruźliczą lub kiłową. Przeciw gruźlicy przemawiał zresztą brak innych zmian gruźliczych w organiźmie. Kiły wprawdzie zupełnie wykluczyć nie można było, jednak odczyn Wassermanna wypadł ujemnie a na sekcji nie wykazano jakichkolwiek dla kiły charakterystycznych zmian.

Prof. Joest i Dr. Harzer. **Periarteriitis nodosa u świni.** Autorzy opisują 2 przypadki *periarteriitis nodosa* u świni nieznanej etiologji, w których obrazy drobnowidowe bardzo przypominają *periarteriitis nodosa* opisaną u ludzi poraz pierwszy przez Kussmaula i Maiera.

Dr. Emmerich. **Zmiany anatomo-patologiczne przy zarazie pyskowej i racicznej u zwierząt.** Pęcherze na błonie śluzowej pyska i pomiędzy racicami przypominają obrazy spotykane u ludzi przy ospie. Pozatem stwierdził autor znaczne zmiany degeneratywne w nerkach i mięśniu sercowym. Szczególnie w mięśniu sercowym obok zwyrodnienia tłuszczowego, zwyrodnienie szkliste, martwicę i rozległe zwapnienia.

Prof. Huntmüller. **Schorzenia na tle streptotrix.** W jednym przypadku ropniaka mózgu, w kilku przypadkach schorzeń nerkowych i pęcherza, raz w tkance ziarninowej na przedramieniu i w kilku powierzchnych ropniach skóry udało się autorowi wykazać streptotrix. Cztery rozmaite szczepy można było wyhodować. Rosły szczególnie dobrze w obecności cukru i na kartoflach. Przy hodowaniu streptotrix z hodowli mieszanych otrzymano dobre wyniki przy użyciu antyforminy. *H. Schusterówna* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.
The Lancet.
T. II. Nr. 24 i 25.

E. H. Starling. **Zagadnienie niedomogi serca.** Praca serca w warunkach prawidłowych waha się w bardzo szerokich granicach i zależnie od potrzeb ustroju i okoliczności może się zwiększyć od 7—10 razy. Oprócz żywego współdziałania ośrodków naczynioruchowych, kierujących rozmieszczeniem krwi w poszczególnych narządach, o tej wielkiej przystosowalności serca stanowi przedewszystkiem zależność siły jego skurczu od stopnia wydłużenia mięśnia. Doświadczenia autora na wyosobnionym zespole serca i płuc*) dowo-

*) Ref. w Nr. 11. Pol. Gaz. Lek. Str. 227.

dzą, że im większą jest długość mięśnia czyli rozszerzenie serca w okresie rozkurczu, tem mocniejszy staje się jego rzut skurczowy. Przy jednakowym dopływie krwi rozkurczowa wielkość serca może służyć za probierz jego fizjologicznej sprawności. Oczywiście serce zupełnie sprawne kurczy się mocno przy niewielkiem rozkurczowem wydłużeniu mięśnia. Tracąc swą sprawność z tych lub innych przyczyn, serce musi rozszerzyć się więcej, żeby wyzwolić skurcz odpowiedniej siły. Ale zdolność rozszerzenia serca posiada granicę, której nie może ono przekroczyć bezkarnie. Jeżeli będziemy zwiększać nadmiernie dopływ krwi do prawego przedsionka lub zwiększać ciśnienie tętnicze, krew zaczyna zalegać w jamach serca i rzut skurczowy słabnie. Nierozciągliwa błona osierdna stanowi główną przeszkodę dla dalszego wydłużania się mięśnia. Po przecięciu osierdzia wyosobnione serce zdobywa się znowu na większy wysiłek, ale po 10—20 minutach tej pracy występują już głębokie zmiany w jego mięśniu: pękają włókna i zjawiają się wynaczynienia. Badania powyższe rzucają wiele światła na istotę przemęczenia serca zdrowego pod wpływem wysiłków fizycznych (u atletów) oraz na mechanizm niedomogi w stanach chorobowych. Serce wskutek nadmiernej pracy rozszerza się coraz więcej, żeby wzmocnić swój rzut skurczowy, i kurczy się częściej (zahamowanie czynności n. błędnego wskutek wzmożonego ciśnienia żylnego). W ten sposób ilość krwi wyrzucanej na minutę przez serce zwiększa się średnio 8 razy. Jednakże po dłuższym wysiłku nadchodzi wreszcie chwila, gdy wskutek oporu osierdzia lub też zmian włóknistych i bliznowatych mięśnia, serce nie może rozszerzyć się więcej i opróżnić z treści. Z konieczności występuje wówczas niedomoga, której pierwotnym i zasadniczym czynnikiem jest zmniejszenie rzutu skurczowego. Ośrodkowy układ nerwowy, zagrożony brakiem tlenu, odpowiada na to zmniejszenie rzutu ogólnym skurczem tętnic. Zmniejszając dopływ krwi do mięśni, skóry i jelit, musi on za wszelką cenę utrzymać odpowiednie ciśnienie w tętnicach szyjnych i żyłach kręgowych. Z powodu przesiąkania cieczy tkankowej do względnie próżnych naczyń włoskowatych następuje rozwodnienie krwi, które wskutek podrażnienia sz, iku kostnego przechodzi w prawdziwą krwistość. Ale zwiększenie ciśnienia żylnego nie może już wywołać dalszego rozszerzenia serca i wzmocnienia rzutu. Żeby zapobiec ciągłemu wzmaganiu się ciśnienia rozkurczowego i pomieścić nadmiar krwi, rozszerzają się żyły większego kalibru, a równocześnie występuje zwolnienie prądu w naczyniach włoskowatych na skutek zwężenia tętniczek. Tak więc oprócz mechanicznego oporu osierdzia i zmian bliznowatych mięśnia sercowego, rozszerzenie żył w związku ze zwolnieniem prądu w naczyniach włoskowatych jest trzecim czynnikiem, powodującym zmniejszenie rzutu skurczowego w niedomodze serca.

Ostatnią część pracy poświęca autor krążeniu krwi w tętnicach wieńcowych. Z doświadczeń jego wynika, że zużycie tlenu przez mięsień sercowy znajduje się w stosunku prostym do wykonywanej pracy. To też odpowiednie napełnienie tętnic wieńcowych w celu dostarczenia niezbędnej ilości tlenu jest koniecznym warunkiem sprawności mięśnia sercowego. W nadzwyczajnych warunkach pracy serce powinno otrzymywać 5 ccm krwi na minutę na każdy gram mięśnia. Zadanie to może być uskutecznione tylko przy dość wysokiem ciśnieniu tętniczem. Serce wyosobnione, pracując przy niskiem ciśnieniu, zamiera szybko. Zwiększenie ciśnienia do 150 mm Hg przywraca mu sprawność i pozwala się kurczyć w ciągu całych godzin. Na podstawie tych doświadczeń sądzi autor, że systematyczne ćwiczenia w chorobach serca osiągają wpływ pomyślny dlatego, że podnoszą ciśnienie i zwiększają dopływ krwi do tętnic wieńcowych.

W. Cramer, A. Drew i J. Mottram. **O roli limfocytów i tkanki limfatycznej w odżywianiu w świetle zagadnienia witaminów.** Brak rozpuszczalnego w wodzie witaminu B w pożywieniu zwierząt wywołuje charakterystyczne zaburzenia odżywcze, które można określić mianem uwiądu. Szczury i myszy, pozbawione tego witaminu, tracą łaknienie, chudną, mają bardzo niską temperaturę i wreszcie giną przy objawach zupełnego wyniszczenia ustroju. Zasługuje na szczególną uwagę ogólny i głęboki zanik tkanki limfatycznej: grasica jest zaledwie widoczna, śledziona zmarszczona w postaci wąskiej taśmy, grudki chłonne Peyer'a niedostrzegalne dla gołego oka, gruczoły chłonne nie zawierają prawie wcale limfocytów i ilość ich we krwi jest bardzo zmniejszona (lymphopenia). Pod tym względem między witaminem B i rozpuszczalnym w tłuszczu witaminem A zachodzi wybitna różnica. Brak tego ostatniego nie wywołuje zaniku tkanki limfatycznej, ani też zaburzeń odżywczych o charakterze uwiądu. Dodatek do pożywienia drożdży, obfitujących we witamin B, przywraca zwierzęciu prawidłową wagę i ciepłotę, usuwa »limfopenję« i objawy uwiądu. Rzecz znamienna, że zupełnie identyczne zaburzenia odżywcze wraz z zanikiem tkanki limfatycznej występują u zwierząt po naświetlaniu odpowiedniemi dawkami promieni X lub radu. Podobieństwo skutków, wobec działania tak różnych czynników, nasuwa z góry przypuszczenie, że limfocyty grają pierwszorzędną rolę w odżywianiu ustroju. Niektóre fakty przemawiają za tem, że do nich należy funkcja wchłaniania i przyswajania miazgi jelitowej. Korzystny wpływ witaminu B na rozwój tkanki limfatycznej i równocześnie na ogólne odżywianie ustroju dowodzi, że między temi zjawiskami musi zachodzić bardzo ścisły związek. Doświadczenie kliniczne poucza również, że zmianom czynnościowym tkanki chłonnej, tak ważnym i częstym u dzieci, towarzyszą często zaburzenia odżywcze. Podług autorów, rozpowszechniony dzisiaj pogląd, że witaminy — a zwłaszcza witamin B — są niezbędne dla życia każdej oddzielnie komórki, nie wypływa bezpośrednio z faktów doświadczalnych. Są one koniecznym warunkiem życia wyższych ustrojów zwierzęcych dlatego, że bez nich o prawidłowej funkcji tkanki limfatycznej nie może być mowy. Nazwa »witamin« oraz »chorób z niedożywienia« (*defic ency diseases*) polega na nieporozumieniu. Podobnie, jak inne choroby, mają one swe źródło w zaburzeniach swoistych, a brak witaminów jest tylko jednym z licznych czynników, wywołujących zaburzenia.

Samson Wright. **O wpływie witaminu B na łaknienie.** Utrata łaknienia jest jednym z pierwszych skutków wyłączenia witaminu B z djety doświadczalnej szczurów; występuje ona już po 24 godzinach i zapewne sprzyja wychudnieniu i wyniszczeniu, które prędzej lub później kończy się śmiercią. Na sekcji zwierząt, pozbawionych witaminów A i B, żołądek jest zawsze przepełniony miazgą pokarmową, będącą w stanie fermentacji. Należy przypuszczać, że brak witaminu B zmniejsza napięcie mięśniowe przewodu pokarmowego, osłabia ruchy robaczkowe, wreszcie powstrzymuje wydzielanie soków trawiennych. W następstwie powstaje zastój treści pokarmowej i utrata łaknienia. Jednakże ilość pokarmu, spożywanego przez zwierzę, mogłaby wystarczać dla utrzymania życia przez czas dłuższy. Szybka śmierć zwierząt jest zapewne następstwem zalegania miazgi pokarmowej, jej fermentacji i zatrucia ustroju wytworami rozkładu.

G. Langley. **Niedomykalność zastawek tętnicy głównej.** Rozbiór kliniczny 50 przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej, mający na celu ustalenie pewniejszych podstaw rokowania. Autorowi chodziło o wykrycie objawów, które można byłoby uważać za zapowiedź nagłej śmierci chorych. Niestety, mimo wielkiej wartości badań elektrokardjograficznych w ocenie stanu mięśnia sercowego, rozwiązanie tego problematu nie przestaje być trudne. Zestawienie wszystkich objawów ze szczególnem uwzględnieniem etiologji (kiła — utajone tętniaki) może dać lekarzowi bardzo ważne wskazówki.

Charlton Briscoe. **W sprawie powstawania zespołu objawów dusznicy bolesnej.** Zainteresowanie autora dusznicą bolesną powstało przypadkowo w następstwie kilkoletnich badań nad mechanizmem rozszerzania się płuc i funkcją dodatkowych mięśni oddechowych. Praca tych mięśni zmienia się bardzo w rozmaitych warunkach i położeniach ciała. Pod wpływem wysiłku, znużenia, wrażliwość ich zwiększa się do tego stopnia, że ucisk wywołuje nietylko silny ból miejscowy, ale i promieniowanie jego na daleką przestrzeń. Rzecz szczególna, że ten ból przerzutowy (*referred pain*) bywa odczuwany w tychsamych miejscach, które uważamy za charakterystyczne dla dusznicy bolesnej. Każdy wysiłek oddechowy bez względu na przyczynę (znużenie fizyczne, wzruszenia, ból, choroby serca itd.) polega na pogłębieniu wdechu, w którym

uniesienie klatki piersiowej ku górze gra najważniejszą rolę. Ofiarą tego wysiłku stają się przedewszystkiem mięśnie pochyłe, górne międzyżebrowe (wdech) i m. mostkowy (*triangularis sterni* — wydech). Wrażliwość, powodująca ból miejscowy i przerzutowy, powstaje często wskutek ich skurczu w zapaleniu płuc i opłucnej, ale wówczas nie trwa dłużej, jak 48—72 godzin. W niektórych przypadkach, a zwłaszcza przy duszności w następstwie wysiłku, wrażliwość i promieniowanie bólu utrwalają się na całe miesiące. Ważnym czynnikiem bólu stałego jest skostnienie chrząstek i żeber, które utrudnia ruch obrotowy dokoła własnej osi. Unoszenie w górę całej klatki piersiowej naraża wówczas mięśnie dodatkowe, szczególnie pochyłe, na nadmierną pracę. Ból, powstający przy ucisku każdego obolałego mięśnia, promieniuje prawie zawsze w ściśle określone okolice klatki piersiowej i górnych kończyn. Naogół wyróżnia autor następujące pola bólu przerzutowego: 1) wewnętrzną powierzchnię kończyny górnej, 2) zewnętrzną z wyjątkiem wielkiego palca, 3) przednią okolicę pachową, 4) okolicę ramion, 5) potylicy i 6) mostka. Jeżeli będziemy uciskać równocześnie mięśnie międzyżebrowe i pochyłe, otrzymamy wskutek połączenia dwóch pól bolesnych obraz złożony, który pod względem topograficznym przypomina najzupełniej ból »stenokardjalny«. Co więcej, uczucia, doznawane przez chorych przy ucisku mięśni, są prawie identyczne z bólami, występującemi samoistnie podczas napadu dusznicy. W tym ostatnim pierwszą wskazówką ostrzegawczą jest ból poza mostkiem na skutek pobudzenia mięśnia mostkowego. W razie zlekceważenia tej wskazówki, przy dalszym wysiłku, następuje nadmierne podniesienie klatki piersiowej i stały skurcz mięśni dodatkowych wdechowych, który ze swej strony wywołuje ból w ramionach, w okolicy pachowej i górnej kończynie. Napady dusznicy bolesnej występują często bez żadnej przyczyny podczas nocnego spoczynku. Fakt ten wyjaśnia lepiej teorja oddechowa, niż naczyniowo-sercowa. Podług badań autora, przy leżeniu wznak zmniejsza się czynność mięśni brzusznych i dolnych piersiowych, a natomiast wzmaga się nadmiernie funkcja mięśni górnych dodatkowych. Zasługuje na szczególną uwagę, że w 3 spostrzeganych przez autora przypadkach dusznicy bolesnej zmniejszenie wysiłku mięśniowego przez boczny ucisk klatki piersiowej sprawiało chorym wielką ulgę lub przerywało napad. W tym celu można ścisnąć klatkę piersiową oburącz lub też nałożyć dokoła niej na wysokości dolnego końca mostka, tuż pod sutkami, odpowiednią opaskę.

Purves Stewart. **Zaburzenia kurczowe oddechowe.** Dość pobieżny opis zaburzeń oddechowych, spostrzeganych w najrozmaitszych chorobach, wskutek kurczów mięśniowych. Znajdujemy tu krótkie wzmianki o objawach kurczowych w dychawicy oskrzelowej, krztuścu, krzywicy (*laryngismus*), tężcu, wściekliźnie, padaczce, pląsawicy, drżączce porażennej (rytmiczne drżenie strun głosowych) i histerji. Osobną grupę stanowią oddechowe kurcze nawykowe (*tics*), spostrzegane czasami u ludzi inteligentnych, ale usposobionych do chorób nerwowych.

N. Mutch. **Zakażenia przewodu pokarmowego w przewlekłem zapaleniu stawów.** Autor zestawia sumarycznie wyniki szczegółowych badań klinicznych, radjologicznych i bakterjologicznych przewodu pokarmowego w 200 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów, z wyłączeniem dny, gruźlicy, chorób wenerycznych i zapalenia jednego stawu. Choroba stawów może mieć punkt wyjścia w zakażeniu gardła i zębów, albo też w schorzeniu dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Czynne zakażenie gardła stwierdzono w 34% przypadków, zębów w 52%. Jednakże spostrzegano wiele przypadków zapalenia stawów, które rozwijało się w kilka lat po zupełnem usunięciu zębów (15%) i doszczętnem wyłuszczeniu migdałków. Najczęstszą przyczyną są zakażenia, mające źródło w jelitach. U 84% chorych stwierdzono w kale obecność zakaźnych paciorkowców, w tem u 6% hemolitycznych. Ze stanowiska anatomicznego zakażenia mogą być miejscowe, ograniczone do pewnych odcinków jelit, i rozlane na całej przestrzeni od dwunastnicy do odbytu. Zaburzenia przewodu pokarmowego spostrzegano więcej, jak u 90% chorych. Zaparcie jest objawem pospolitym, zastój występuje przeważnie w okrężnicy i jelicie krętem — 90%. Dalej idą zmiany wyrostka robaczkowego, zrosty, opadnięcie żołądka i kątnicy, nadmierne wytwarzanie gazów wskutek fermentacji, biegunka naprzemienna z zaparciem, wrzód żołądka itp. Zastój w okrężnicy i jelicie krętem zdarza się często mimo codziennych wypróżnień, a nawet rozleglejsze zakażenia paciorkowcowe mogą przebiegać skrycie, bez żadnych objawów ze strony żołądka i jelit. Plan leczenia choroby stawów był następujący: wszystkie dostępne ogniska zakaźne w jamie ustnej, gardle i jelitach leczono na drodze chirurgicznej; w 2 opisanych przez autora przypadkach (*rheumatoid arthritis*) częściowe wycięcie okrężnicy dało szybką i wybitną poprawę. Poza tem leczenie było ściśle przystosowane do rodzaju zaburzeń trawiennych. Prócz tego stosowano swoiste szczepionki, które zdawały się wywierać wpływ bardzo pomyślny. Autowakcyny sporządzano z drobnoustrojów głównych ognisk zakaźnych. Wobec czystego schorzenia gruczołu tarczowego na skutek zakażeń (*subthyroidism*), chorym podawano do wewnątrz suchy wyciąg gruczołu. W ten sposób zdołano otrzymać 89% wyników pomyślnych.

Rozenfeld-Rożkowski (Częstochowa).

Choroby skórne i weneryczne.

Arch. f. Derm. u. Syph.
T. 130. 1921.

Gaus O. **Histopatologia wielopostaciowych zapaleń skóry w związku ze swoistą etiologią.** W dużej i szeroko zakreślonej pracy roztrząsa G. zmiany skórne, powstałe na tle przerzutów paciorkowców. Nie zawsze udaje się rozpoznać z obrazu klinicznego, z którem z tych zakażeń mam, do czynienia — badanie histologiczne rozstrzyga jednak rodzaj i sposób — zewnętrzne czy przerzutowe — zakażenia. W zakażeniach gronkowcem sprawa zapalna jest zawsze w ścisłej łączności z mikrobami, paciorkowcem zaś ma się do czynienia więcej ze zmianami, powstającemi pod wpływem raczej toksyn a nie ich samych. W drugiej części pracy omawia autor na podstawie 6 dokładnie opracowanych przypadków rumienia wysiękowego (*erythema exsudativum*) zgodność obrazów histologicznych z przerzutowemi zapaleniami powyżej wspomnianych mikrobów. Sądzi zatem, że te dwie grupy stoją do siebie w takim związku, jak gruźlica skóry do tak zw. tuberkulidów.

Arch. of derm. and syph.
T. 3. 1921.

Schamberg I. E. **Objaśnienie kliniczne do badań histologicznych narządów po działaniu salvarsanu, neosalwarsanu i rtęci.** Podczas gdy przetwory salwarsanowe działały silnie (organotrop) na wątrobę, nadnercza i naczynia, rtęć natomiast działała na nerki i mózg. Salwarsan wywołuje nawet w małych dawkach leczniczych lekkie zmiany w budowie watroby, co stwierdzono i u zwierząt. W przypadku śmierci po salwarsanie znaleziono nawet ognisko martwicze, zawierające krętki. W żółtaczce u kiłowych należy zatem rozróżniać: a) rzeczywistą żółtaczkę kiłową, występującą bez leczenia, którą uzależnić należy od działania krętków, b) żółtaczkę po pierwszych wlewaniach salwarsanu w znaczeniu odczynu Herxheimera, c) wreszcie powstałą przez zniszczenie komórek wątrobowych działaniem salwarsanu, przechodzącą czasem w żółty zanik wątroby. Ze względu na to, że żółtaczka i żółty zanik wątroby są częstsze od czasu wprowadzenia salwarsanu, że w niektórych krajach i klinikach pojawiają się często, S. sądzi, że winną jest w tych przypadkach kombinacja salwarsanu z rtęcią. Autor daje przez 15—20 tygodni dwa razy tygodniowo 0,8—1,8 gr. salwarsanu i na 12.000 wlewań miał tylko 3 przypadki żółtaczki i 2 przypadki lekkiego zapalenia skóry. Przytem przyjmuje zapatrywanie Wechselmanna, że nerki cierpią pod wpływem rtęci w razie równoczesnego podawania salwarsanu, który nie wydziela się moczem, a pozostaje dłużej, niż zwyczajnie, w wątrobie, gdzie się utlenia lub też trujące połączenia arsenu zostają wydzielane. Neosalwarsan jest o połowę mniej trujący, niż salwarsan. U szczurów, które dostawały przez 6 tygodni 2 mg. jodku rtęciowego per os, znaleziono w naczyniach mózgowych nacieki komórkowe okołonaczyniowe, których nigdy nie znajdo-

wano po salwarsanie. U tychże zwierząt znajdowano i zmiany w nerkach, tem wybitniejsze, im wyższa była dawka rtęci, a niezależnie od tego, czy wprowadzano ją śródmięśniowo, czy do żyły. Dochodzi zatem autor do wniosku, że przy równoczesnem zastosowaniu salwarsanu i rtęci za przyczynę ciężkich zaburzeń należy uważać salwarsan. Dlatego S. podaje rtęć dopiero po ukończeniu leczenia salwarsanem.

F. Krzyształowicz (Warszawa).

Arch. f. Derm. u Syph.
T. 134. 1921.

H e u d o r f e r H. **Badania nad powstawaniem barwika w naskórku i jego stosunek do choroby Addisona.** Rozpatrzywszy krytycznie różne dotychczasowe teorje w sprawie powstawania barwika w skórze i na mocy własnych doświadczeń dochodzi H. do wniosku, że barwik powstaje w komórkach naskórka i że postacie bezbarwne przejściowe barwika nie mogą być gotowe w sokach ustroju. Zwiększanie się ilości barwika w miejscach drażnionych lub po przewlekłych sprawach zapalnych da się wytłómaczyć zwiększoną czynnością naskórka. Sprawa powstawania olbrzymiej ilości barwika w chorobie Addisona nie jest dotąd w zupełności wyjaśniona. Sohrt uzależnia objawy barwikowe w tej chorobie od porażenia nerwów naczynio-ruchowych wskutek braku adrenaliny w ustroju. Bloch twierdzi na mocy badań odczynem przez siebie podanym (*Dopareaktion*), że w chorobie Addisona nie ma zwiększenia tworzenia się barwika w naskórku, a raczej skóra zalana jest barwikiem wewnętrznego pochodzenia. H. uważa barwik za wytwór komórek barwikowych skóry. Czynny udział skóry w zbiorze objawowym Addisona świadczy o ważnej roli skóry, która obejmuje czynność zastępczą za adrenalinę, coby świadczyło także, że skóra jest narządem o wewnętrznem wydzielaniu. Tę zamianę czynności między nadnerczem a skórą uznaje autor ze stanowiska ściśle fizjologicznego, związek zaś chemiczny między barwikiem a adrenaliną nie wydaje mu się prawdopodobnym. Powstawanie barwika zatem jest wedle niego czynnością wyrównawczą wskutek braku czynności nadnerczy. Brak wybitnego zwiększenia barwika w niektórych przypadkach Addisona tłómaczy autor szybkim postępem choroby, a niejednokrotnie i wczesną śmiercią, skutkiem czego nie ma czasu na przystosowanie się skóry do nowej czynności. Dopóki czynność nadnerczy nie zostanie dokładnie zbadana, trudno powiedzieć, w jakim stopniu i stosunku skóra może występować zastępczo. Czynność nadnerczy pobudza czynność nerwów współczulnych, autor przypuszcza, że skóra ma może podobny wpływ, za czem przemawiałyby badania ostatnie Winternitza, Meirowsky'ego i Satkowskiego. *W. Borkowski.*

Dermatologische Zeitschrift
T. 34. Z. 5/6. 1921.

B l o c h B r. **W sprawie chromatoforów.** W odpowiedzi na twierdzenie M e y e r a, że barwik powstaje samodzielnie w chromatoforach skóry, podnosi B l o c h szczegóły swych zapatrywań o powstawaniu barwika tylko w komórkach naskórka; w chromatoforach znajduje się barwik tylko nastepowo. Odczyn dopowy (dwuoksyfeniloalaninowy) wypada dodatnio tylko w komórkach naskórka. M e y e r opierał swe twierdzenie na doświadczeniach (naświetlanie skóry królików) i na danych z piśmiennictwa (powstawanie barwika u pewnych gatunków małp w skórze właściwej). B l o c h przeprowadzał swe badania nad p l a m ą m o n g o l s k ą (występującą u noworodków w okolicy krzyżowej), w której, podobnie jak A d a c h i, wykazał k o m ó r k i m o n g o l s k i e, dające odczyn dopowy; wytwarzają one barwik, ale nie mają nic wspólnego z chromatoforami. Dochodzi na podstawie swych badań do wniosku, że w skórze ludzkiej są dwa rodzaje komórek barwikowych, jedne-to c h r o m a t o f o r y, nie dające odczynu dopowego i będące tylko zbiornikami barwika wytworzonego w naskórku; drugie — komórki, znajdujące się w skórze noworodków w okolicy kości krzyżowej, a szczególnie obficie u Mongołów. Komórki te, zwane m o n g o l s k i e m i, dają dodatni odczyn dopowy a nważać je należy za szczątki atawistyczne.

F r ü h w a l d R. **Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach kiły pierwszorzędnej.** Autor przebadał 64 płynów mózgowo-rdzeniowych w przypadkach zmian pierwotnych, 19 przypadków z odczynem W. ujemnym a 45 z dodatnim. W grupie I-szej (19 przypadków), 15 płynów dało wynik zupełnie ujemny, w dwóch, białko było obecne, w jednym białko i zwiększona ilość komórek, w jednym O. W. słabo dodatni. W grupie II-giej 41 płynów zupełnie prawidłowych, w jednym zwiększoną ilość ciałek białych, w dwóch zwiększona ilość białka w jednym przypadku O. W. odatni, a w trzech słabo dodatni. Osobno omawia autor wyniki badań z rozczynem kolloidowym złota. W pierwszej grupie wykonał go 8 razy, dodatni wynik był w czterech przypadkach, w drugiej grupie 19 razy, z dodatnim wynikiem w czterech przypadkach. Autor dochodzi do wniosku, że w przypadkach zmian pierwotnych, czy to z O. W. dodatnim, czy ujemnym, znachodzą się zmiany chorobowe w płynie mózgowo - rdzeniowym. Najczęściej pojawia się zwiększenie ilości białka, ale odczyn ze złotem jest jeszcze częstszy. Wyniki badań Frühwalda zgadzają się z wynikami innych badaczy.

P l a n n e r H. **O srebro - salwarsanie.** U 142 chorych z objawami świeżej kiły skóry i błon śluzowych wykonał autor 1150 wstrzyknięć dożylnych srebro - salwarsanu I, 360 wstrzyknięć sulfoksytanu. Leczenie przeprowadzano w przeważającej liczbie przypadków po raz pierwszy. Jako 2 dawki początkowe wstrzykiwał 0·1 srebro-salwarsanu, poczem w odstępach 2—3-dniowych dwie dawki po 0·15, następnie 3 dawki po 0·2, a końcowe dawki po 0·25 stosował już w dłuższych odstępach 4—5-dniowych; dawkę 0·3, stosował bardzo rzadko. Jako środka rozpuszczającego używał przekroplonej jałowej wody w ilości 10 cm^3. Wstrzyknięć wykonywa zwykle 10—12, czasami jednak i więcej, 15 20 wstrzyknięć. Zmiany kiłowe ustępowały szybko po 3—4 wstrzyknięciach, szczególniej korzystny wpływ okazał się w przypadku kiły złośliwej. Zmiany pierwotne lub powikłane obrzękiem (*Oedema indur.*) ustępowały nieco oporniej, krętki blade znikały już w 18 godzin po wstrzyknięciu; odczyn Herxheimera występował bardzo rzadko (w 11 przypadkach). Wpływ leczenia na odczyn W. nie przedstawiał się tak niekorzystnie, jak w wynikach innych autorów. W przeważającej liczbie przypadków kiły drugorzędnej osiągnął ujemny O. W., przeto sądzi, że nawet bardzo oporne przypadki dadzą się doprowadzić do wyniku ujemnego. W porównaniu z leczeniem rtęciowo - salwarsanowem — ujemny wynik odczynu następował później, po dawce 1·5—2 gr salwarsanu ze srebrem. Z wnioskami o leczeniu poronnem salwarsanem ze srebrem autor się wstrzymuje; z 9-ciu przypadków zmian pierwszorzędnych z odczynem W ujemnym w trzech przypadkach po 2-giem, względnie 3-ciem i 5-tem wstrzyknięcin, odczyn zmienił się na dodatni. Wstrzymuje się również od teoryteczego omówienia tego zjawiska, mogą to być przypadkowe wyjątki, w każdym razie należałoby się wstrzymać od wyrokowania co do udałych wyników poronnego leczenia, jeżeli dodatnie odczyny miałyby się pojawiać tak późno wśród leczenia salwarsanem ze srebrem. Z objawów ubocznych spostrzegał podniesienie się ciepłoty (119 razy na 1163 wstrzyknięć, 46% przypadków). Ciepłota podnosiła się do 39° a nawet do 40°, i to w kilka godzin po zabiegu; można było rozróżnić dwa typy: jeden, w którym podniesiona ciepłota trwała najwyżej 24 godz., i drugi, w którym ciepłota utrzymywała się przez 2—5—8 dni, z towarzyszeniem silnych bolów głowy, wymiotów, biegunek, itd. Autor uważa typ ten, długo utrzymującej się, podniesionej ciepłoty, za niekorzystny objaw i za wskazówkę ostrożnego dalszego postępowania w leczeniu. Z ubocznych objawów spostrzegał także występowanie rumieni (8%) i to zwykle po dalszych wstrzyknięciach, prawdopodobnie jako objaw przedawkowania (kumulacji). W jednym z przypadków wystąpiło bardzo silne zapalenie łuszczące się skóry. Neurorecydywy spostrzegał tylko dwa razy i to po niedostatecznem leczeniu. Leczenie energiczne salvarsanem ze srebrem dało w jednym przypadku bardzo dobre wyniki (ustąpienie neuritis optica po 2.15 gr), w drngim leczenie przeprowadzono Neosalvarsanem — chora nie znosiła bowiem srebro - salwarsanu. Po ogólnej ilości 3·4 g Salvarsanu ze srebrem spostrzegał przypadek ciężkiego uszkodzenia wątroby (zanik żółty), zakończony śmiercią. Chemiczne badanie wykazało znaczne ilości As i Ag w wątrobie.

Wskutek prawdopodobnie upośledzonego działania wydzielającego przyjść mogło do nagromadzenia się salvarsanu w ustroju. Co do trwałych wyników leczniczych, autor nie może przedstawić wniosków, ilość przypadków była zbyt mała, jak również krótki czas obserwacji. Na 24 przypadków później badanych, w 14 badanie serologiczne i bakterjologiczne było ujemne. Czas obserwacji wynosił 3, 4, 5 i 8 miesięcy. Jako dawkę dla leczenia kiły drugorzędnej uważa ilość 2·4 do 3,0 gr. salvarsanu ze srebrem za wystarczającą. W porównaniu z leczeniem mieszanem (Salvarsan + Hg), jakie dotychczas w klinice Fingera stosowano, sądzi autor, że należy dać pierwszeństwo leczeniu mieszanemu ze względu na trwałość wyników i O. W.

Zurhelle E. **O pęcherzykowatych, zmianach skórnych podobnych do ospy u oseska, a wywołanych zakażeniem bakterji ropy błękitnej.** U 3-ech miesięcznego chłopca z podniesieniem się bardzo znacznem ciepłoty wystąpiły na skórze pęcherzyki z cieczą mętną, podobne do wykwitów ospy. Z treści pęcherzy wyhodowano bakterję ropy błękitnej. Przypadek skończył się śmiertelnie; wykonane badanie histologiczne wyciętego po śmierci wykwitu skórnego — wykazało rozsianie sprawy chorobowej (sepsis) drogę krwionośną.

Stühmer A. **Wysypki posalvarsanowe. Próba podziału.** Praktycznie ważne rodzaje przewlekłych wysypek posalvarsanowych.

Objawy, występujące w ustroju po salvarsanie, dzieli autor na objawy wywołane przez rozpad krętka bladego i na odczyny powstające po procesie utleniania. Salvarsan w ustroju podlega utlenieniu i tak powstały tlenek salvarsanu łączy z się z białkiem surowicy. Nowoutworzonemu w ten sposób ciału, nadaje autor nazwę oxytoxyny i przypuszcza, że w przypadkach wysypek posalvarsanowych lub ostrego obrzęku mózgu, mamy do czynienia z nadczułością ustroju na oxytoxynę. Stosownie do podziału chorób skórnych, wprowadzonego przez Rosta, rozróżnia Stühmer pod nazwą zapalenia skóry odczyny skórne, powstałe pod działaniem zewnętrznych podrażnień, bez względu, czy przyczyna działała bezpośrednio na skórę (zewnętrznie), czy drogą obiegu krwionośnego lub chłonnego. Dzieli zapalenia skóry, powstałe po salvarsanie na: 1) ostre zapalenie skóry naczyniotoxyczne, występujące bezpośrednio po wstrzyknięciu salvarsanu lub najpóźniej w 1—2 dni, i to w postaci ostrych wykwitów pokrzywkowych lub rumieniowatych; 2) podostre anafilaktyczne zapalenie skóry, występujące w 6—12 dni po pierwszem wstrzyknięciu salvarsanu; postać tę uważa za analogiczną do choroby posurowiczej i stanowiącą niejako pierwszy stopień do ciężkich zaburzeń posalvarsanowych; 3) przewlekłe zapalenie skóry, z podziałem na postać wczesną i późną; postać wczesna występuje przy końcu leczenia salvarsanem, późna w 2—3 miesiące po skończonem leczeniu. Postacie te ostatnie stanowią formy najcięższe i prowadzą do ciężkich łuszczących zapaleń skóry (Erythrodermie). Dla zrozumienia patogenezy wysypek posalvarsanowych, należy przyjąć przypuszczenie E. Hoffmanna, o związku między uszkodzeniem wątroby a skóry. Uszkodzenie wątroby idzie często w parze z zapaleniem skóry; proces unieszkodliwiania jadów w wątrobie ulega zaburzeniu, a ustrój zalany jest produktami szkodliwemi przebudowy salvarsanu. Postacie przewlekłych wysypek posalvarsanowych chętnie umiejscowiają się tam, gdzie występują wypryski łojotokowe. Autor podnosi również trudności odróżniania wysypek powstałych po salvarsanie, od wysypek powstałych po rtęci. Próba śródskórna, jak również cechy różniczkowe, podane przez Hoffmanna, nie są wystarczające. Zdarza się, że zapalenie skóry po rtęci prowadzi do nietolerancji salvarsanu, poprzednio dobrze znoszonego. Praktycznie należy zwracać baczną uwagę na przypadki, w których po salvarsanie występuje wysoka ciepłota, podejrzane być bowiem mogą o nieprawidłową przebudowę salvarsanu. Autor zauważył, że po przejściu wysypek posalvarsanowych — mimo zaprzestania leczenia, odczyn W. utrzymuje się ujemny, być może, że działają w tych przypadkach ciała ochronne ustroju, w znaczeniu esophylaxji E. Hoffmanna.

Mayr I. K. **Wyciągi z nadnercza w dermatologji.** Pierwsze doniesienie: Wewnętrzne wydzielanie a skóra. Część chorób skórnych uważaną bywa, za wywołaną zaburzeniami w gruczołach dokrewnych, jak tarczycy, gruczołów płciowych, przysadki i nadnerczy. Związek taki poznawano dotychczas tylko drogą dodatnich wyników leczenia wyciągami tych gruczołów. W celu badania tego związku starał się autor poznać wpływ działania pewnego wyciągu gruczołu dokrewnego — o stałym składzie, nie podlegającym zmianom, t. j. adrenaliny. Badania przeprowadził w kierunku działania adrenaliny na chorobowo zmienioną skórę i w kierunku leczniczych wyników. Prócz znanych objawów skórnych, występujących pod działaniem adrenaliny, badał autor obraz krwi (początkowa limfocytoza, ustępująca później leukocytozie obojętnochłonnej). Adrenalinę stosował podskórnie w ilości 1 cm³ (1 : 1000). Objawy podmiotowe nie stoją w związku z działaniem adrenaliny na ciśnienie i obraz krwi. W przypadkach autora prawidłowe działanie adrenaliny ograniczyło się zaledwie do $^1/_3$ przypadków; przyczyna tego odmiennego działania leży w nieprawidłowym stanie skóry. Z doświadczenia autora wynika, że skóra stoi w ścisłym związku z gruczołami dokrewnemi.

Born S. **W sprawie błony podnaskórkowej,** Przeciwnie jak w badaniach Frieboes — autorka mogła stwierdzić błonę podstawową między skórą właściwą a naskórkiem, złożoną z włókien tkanki łącznej i elastycznej. Błona ta połączoną była ze skórą drobnemi włókienkami.

F. Walter (Kraków).

Annales de derm. et de syphiligraphic Nr. 10. 1921.

Marchoux. **O nowej chorobie z objawami skórnemi, wywołanej przez prątki kwasoodporne.** U chorego, pochodzącego z Haiti i leczonego od lat z przerwami na trąd, znalazł M. wykwity plamiste, okrągłe, na twarzy, szyji i kończynach (z wyjątktkiem rąk i stóp). Przebieg charakteryzował się wzniesieniami ciepłoty do 38·4, obrzmieniem gruczołów chłonnych karkowych i pachwinowych, stawów, białkomoczem i po 3 miesiącach charłactwem, oraz siedmioma w tym czasie nawrotami dużych pęcherzy na chorych częściach skóry. Zgon z powodu rzekomo grypy. Autopsja wykazała ropne zapalenie opłucnej lewej, badanie zaś mikroskopowe pakiety prątków kwasoodpornych, mniejszych o połowę od prątków Hansena, w kroplach substancji podobnej chemicznie do tłuszczów, w skrawkach z gruczołów chłonnych i śledzionie. Autor sądzi, że to nowe *mycobacterium pulviforme* jest przyczyną tej zakaźnej choroby, różnej od gruźlicy i trądu, nie dającej objawów ani martwicy ani znieczulenia, klinicznie przedstawiającej się jako trąd nietypowy.

Argand i Montpellier. **O guzie myelodermicznym (megakaryocytoma) skrzydełka nosa.** U chorej, leczonej promieniami Roentgena z powodu *epitheliomatosis multiplex senilis,* trwającej od lat 10, pozostał po ustąpieniu wszystkich innych zmian na twarzy, guzek rozmiarów czereśni, usadowiony w skrzydełku nosa. Badanie histologiczne wyciętego guzka wykazało: 1) pod małem powiększeniem obraz ziarniniaka, 2) pod dużem powiększeniem obok różnorodnych komórek (plazmatycznych, olbrzymich, eozynochłonnych, ciałek czerwonych krwi i myelocytów) dużą ilość komórek o pączkującem jądrze w różnych okresach rozwoju, w skórze dotąd w tej ilości nie znajdowanych.

Noel. **Miesiączkowanie i płodność przy trądzie.** Wbrew utartemu zdaniu znawców trądu, jak Marchoux i inni, że trąd pociąga za sobą: 1) zaburzenia w miesiączkowaniu i często przedwczesne ustanie tego oraz niewystąpienie miesiączki u dorastających dziewcząt, i 2) zwykle niepłodność, stwierdza Noel w Kamerunie u 167 kobiet trędowatych, że trąd zasadniczo na sprawność narządów rozrodczych kobiecych nie wpływa, przyczyna zmniejszenia względnego płodności leży raczej w tem, że choroba często wywołuje zmiany przewlekłe w jądrach mężczyzn. Śmiertelność potomstwa należy przypisać szczególnym warunkom życia pod zwrotnikiem.

Dekester i Martin. **Wypadek twardzieli nosa w Marokku.** Autorzy opisują twardy guz, zajmujący grzbiet i błonę śluzową nosa, wargę górną i podniebienie, na którym wystąpiło kilka owrzodzeń, pokrytych strupem; po usunięciu strupa widoczne było dno pokryte ziarniną. W ustach bliznowate

podłużne pasma nieco zaciągnięte i zanik języczka podniebiennego. W obrazie mikroskopowym, barwionym błękitem metylenowym, prątki długości 3 μ, w grupach po 30—40, otoczone — jak się zdaje — osłonką trudno dostrzegalną, umieszczone w dużych komórkach okrągłych, źle się barwiących. Odczyn Wassermanna ujemny. Leczenie neosalwarsanem bez wyniku. Przypadek rozpoznany jako twardziel nosa zostaje podany do wiadomości jako pierwszy w Marokku. Poszukiwania za plantacjami *indigofera tinctoria*, służącej do wyrobu rozpowszechnionego w Marokku do celów farbiarskich i leczniczych barwika *Nil*, a mającej według Alvareza być dobrą pożywką dla prątka twardzieli nosa, wypadły ujemnie.

Cadenat: **O wrodzonym braku jednego albo dwóch zębów siecznych bocznych górnych jako o objawie kiły wrodzonej.** Analogicznie do doniesienia Mandelbauma z r. 1917 stwierdził Cadenat u dziecka z pewną kiłą wrodzoną brak wrodzony jednego zęba siecznego bocznego, i sądzi, przytaczając statystykę Sichla, że brak ten (radiograficznie potwierdzony) stanowi pewny objaw kiły wrodzonej. Brak pozorny, przy którym zawiązek zęba ukryty w szczęce daje się promieniami Roentgena wykazać, nie ma takiego znaczenia rozpoznawczego. Autor przypomina, że jady własne i obce działają na zęby w kierunku zboczenia w ich rozwoju pośrednio przez gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, a mianowicie gruczoły przytarczycowe, i powołuje się m. i. na doświadczenia Erdheima i Yoyofnen, którzy wykazali brak zwapnienia zębiny przy usunięciu tych gruczołów. Oznaczając według Malassera czas rozwoju zawiązków zęba w życia płodowem, dochodzi autor do wniosku że zęby typu Hutchinsona świadczą o wcześniejszem schorzeniu kiłowem płodu, brak wrodzony zębów o późniejszem dotknięciu płodu kiłą. Niewyjaśnionem pozostaje, dlaczego wada rozwojowa dotyczy zębów szczęki górnej.

Dyboski (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie N. 4. W. Kapuściński, O zachorzeniach ocznych, stojących w związku z gorączką powrotną. — J. Nowak, Czy istnieją pierwotne czerniaki (melanosarcoma) jajnika? — B. Szulczewski. Badanie dzieci w hypnozie (dok.) — R. Wierzbicki, Zarys teorji F. F. Friedmanna w zastosowaniu do gruźlicy.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften, Monachium (J. F. Lehmann). Rok 13, zesz. 4 (Cena 10 mk. niem.). Treść, poświęcona chorobom układu moczowo-płciowego i skóry, zawiera rozprawę prof. Schlayera: O rokowaniu w chorobach nerek, oraz prof. Josepha przegląd postępów urologji, syfilidologji i dermatologji.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 1. lutego b. r.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków 120.

Prof. Marchlewski wygłosił odczyt p. t. **„Co łączy a co rozdziela świat zwierzęcy i roślinny“.** Mowca przedstawił obecne poglądy na stosunek chemizmu ustrojów roślinnych do zwierzęcych. Aczkolwiek ustrój zwierzęcy w porównaniu z roślinnym odznacza się większą zdolnością analizowania, aniżeli roślina, to jednak narzędzie procesów analitycznych, barwik krwi stoi w bardzo bliskim stosunku do narzędzia syntetyzującego rośliny, chlorofilu. Twierdzenie to, opierające się na szeregu prac prelegenta, doznało ostatecznego utrwalenia przez fakt, że hemopyrrol i chlorofilopyrrol zawierają identyczne pochodne pyrrolu, z pośród których jeden, najwięcej charakterystyczny, metylo-etylo-pyrrol, został uzyskany przez prelegenta wspólnie z Dr. J. Grabowskim, drogą kompletnej syntezy, a następnie przez fakt, stwierdzony wspólnie z Dr. J. Roblem, że filoporfiryny można po skojarzeniu z żelazem i chlorem przekształcić w filoheminy, które są łudząco podobne do heminy Teichmanna, względnie Nenckiego i jego uczniów. Rzekoma różnica, zachodząca w chemizmie rośliny i zwierzęcia, polegająca na zdolności pierwszej uskuteczniania t. zw. jednokierunkowych syntez ciał z węglami asymetrycznemi — w rzeczywistości według prelegenta nie istnieje, albowiem można wytłumaczyć, posługując się eksperymentami Cottona, że wytwarzanie się optycznie czynnych ciał w ustroju roślinnym powodowane jest przez optycznie czynny chlorofil, którego powstawanie jest koniecznością wobec faktu, że światło dzienne zawiera światło kołowo spolaryzowane. Pogląd, iż chlorofil jest optycznie czynny, nie daje się wprawdzie na razie udowodnić bezpośrednio, ale za nim przemawia fakt, iż jedna z pochodnych chlorofilu, mianowicie filotaonina, krystalizuje się z hemiedrycznemi płaszczyznami. Według prelegenta stwierdzone fakty należy tłumaczyć w ten sposób, iż świat zwierzęcy jest wypadkową świata roślinnego. Z chwilą gdy synteza chlorofilu w komórce roślinnej stanęła z jakichbądź powodów w połowie niejako drogi, filoporfiryna w obecności żelaza mogła dać początek hemoglobinie, a tem samem początek ustrojowi, którego funkcje analityczne przeważały jego zdolności syntetyzujące.

Najistotniejsza na razie różnica pomiędzy rośliną i zwierzęciem polega na niemożności tego ostatniego wytwarzania witaminów. W świetle obecnych badań są to ciała, wytwarzane wyłącznie przez ustrój roślinny, bez których jednak ustrój zwierzęcy obejść się nie może. Są to jakgdyby hormony wprowadzone do ustroju zwierzęcia z zewnątrz, których ono syntetyzować nie umie. Fakt ten rozgranicza wprawdzie chemizm obu typów ustrojów, ale z drugiej strony może być uważany za dalszy dowód ścisłego ich zespolenia, wynikającego z wspólnego ich obu początku.

W dyskusji kol. Seńkowski zaznacza, iż pomost między światem zwierzęcym a roślinnym na podstawie pewnej wspólnoty hemoglobiny i chlorofilu, zaznaczony przez prelegenta, nie przemawia mu do przekonania z dwóch powodów. Pokrewieństwo chemiczne chlorofilu i hemoglobiny jest bardzo dalekie i polega tylko na wspólnym obydwom związkom, jądrze pyrrolowem, i równie dobrze możnaby np. wszystkie połączenia aromatyczne nazwać pokrewnemi ze względu na wspólne jądro benzolowe. Z drugiej strony hemoglobina i chlorofil występują dopiero u wyższych zwierząt względnie roślin; istnieje przecież olbrzymia ilość roślin bez chlorofilu i zwierząt bez hemoglobiny. Różnica świata roślinnego i zwierzęcego występuje raczej w chemizmie ich przemiany materji, wszystkie rośliny bez wyjątku posiadają zdolność syntezy kwasów aminowych z prostych związków nieorganicznych, gdy organizmy zwierzęce są tej zdolności pozbawione i mogą tylko poszczególne kwasy aminowe przemieniać względnie tworzyć z nich drobinę białka. Kol. Eisenberg zaznacza, że niezmiernie ciekawe spostrzeżenia rozszerzają dziedzinę działania witaminów także na królestwo roślinne a spec. na drobnoustroje. I tak Bottomley wykazał wybitne pobudzenie wzrostu roślin przez wyciąg z torfu i nazwał hipotetyczne ciała wchodzące przy tem w grę auximonami. Dość dawno już Wildiers stwierdził pobudzenie wzrostu drożdży przez wyciągi z drożdży i hipotetyczne ciało, będące przyczyną tego pobudzenia, a nazwane przezeń „bios“ było przedmiotem licznych badań i nieukończonych dotąd dyskusji. Najciekawsze jednak w zakresie mikrobiologji są spostrzeżenia nad wzrostem bakterji grypowych Pfeiffera. Zdawna znane już było zjawisko satellityzmu polegające na tem, że dokoła różnych obcych kolonji (np gronkowców lub B. xerosis) wzrost tych delikatnych bakterji doznawał wybitnego wzmożenia. Nowsze badania zwł. Davisa, Thötty i Avery'ego i in. wykazały, że bakterje te uważane dotąd za ściśle hemoglobinofilne potrzebują do swego wzrostu 2 ciał a mian.: 1) ciała ciepłostałego, wytrzymującego autoklawowanie w 120°C zawartego w krwinkach czerwonych — działającego prawdopodobnie katalitycznie jako aktywator tlenu już w bardzo małych ilościach; 2) ciała ciepłochwiejnego potrzebnego w większej ilości, ginącego przy dłuższem ogrzewaniu, o charakterze witaminowym a zawartego w krwinkach czerwonych, surowicy, w różnych świeżych tkankach zwierzęcych i roślinnych, w drożdżach, bakterjach; ciała te odpowiadałyby typowi rozpuszczalnych w wodzie witaminów B. Co do ciała pierwszego wykazał Olsen, że funkcję tę może pełnić hemoglobina tlenowa, tlenkowęglowa, methemoglobina, natomiast hematyna i hemina skuteczne są tylko przy dodaniu ciała ciepłochwiejnego. Dalsze pochodne hemoglobiny jak hematoporfiryny, bilirubina, jakoteż analogiczne barwiki hemocjanina i hemoerytryna, wreszcze składnik białkowy hemoglobiny t. z. globina, są bezskuteczne. Ostatnio udało się Thjötta i Avery'emu zastąpić pierwsze ciało jajami i hodować b. grypowe na pożywkach nie zawierających ani hemoglobiny ani jej pochodnych, przez co upada wyjątkowe stanowisko całej grupy b. hemoglobinofilnych. Nie ulega wątpliwości, że uda się z czasem na tej drodze wyjaśnić wymagania odżywcze innych gatunków bakteryjnych zwł. chorobotwórczych, które dotąd tłomaczyliśmy genetycznie przystosowaniem do ustrojów zwierzęcych i że przez to może rozszerzymy możliwości hodowania różnych nieznanych dotąd zarazków.

Dr. Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 17 marca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 112.

1) Prezes kol. Franke ogłasza przyjęcie nowych członków zwyczajnych: kol. Zielińskiego Ignacego, Kamińskiego Zygmunta, Mahla Gustawa, Chomickiego Franciszka, Rodzińskiego Ryszarda, Żytyńskiego Wacława, Palestra Henryka, Bardacha Teofila, Miszlównę Helenę i nadzwyczajnych: kol. Heschelesa Izydora i Rejtmana Lazara. Następnie na wniosek niektórych członków proponuje wysłanie

memorjału do Ministerstwa zdrowia publicznego w sprawie zamierzonych przez rząd znacznych podwyżek cen kąpieli i mieszkań w zdrojowiskach państwowych. Ułożenie memorjału poruczono wydziałowi Towarzystwa.

2) kol. Chomicki przedstawia: a) chorą, lat 50, operowaną z powodu mięsaka kości czaszki, który wystąpił w 3 miesiące po urazie. Opona twarda nie była zajęta; pokryto ją płatkiem wyciętym z powięzi szerokiej uda. Rana zagoiła się rychłozrostem. Nowotwór wycięty miał wygląd plastra miodu.

b) Preparat uzyskany po operacji **zrakowaciałego kaszaka na głowie.**

c) Siedmioletnią chorą, dziedzicznie nieobciążoną, która zgłosiła się do kliniki z powodu duszności, trwającej od 6-ciu miesięcy. Stwierdzono mierne **powiększenie obu płatów gruczołu tarczykowego.** Dnia 25 lutego br wykonano w znieczuleniu miejscowem wycięcia klinowe z obu płatów gruczołu. Przy operacji, stwierdzono, że tchawica uciśnięta była górnym biegunem lewego płatu w kierunku osi przednio-tylnej, tuż poniżej zaś spłaszczona przez oba płaty w kierunku osi boczno-bocznej. W 24 godziny po operacji wystąpiły u chorej objawy **tężyczki.** Wyraźny był skurcz głośni, położnicze ustawienie rąk, dodatnie objawy Chwostka i Trousseau, wyprostowanie stóp i deskowate napięcie mięśni. Pod wieczór tegoż dnia objawy nieco złagodniały, a skurcz głośni ustąpił całkiem. Chorej zaczęto podawać mleczan wapnia i brom (pastylek paratyreoidynowych nie można było dostać). Od tego czasu przytoczone objawy utrzymują się w większem lub mniejszem nasileniu, wybitniejsze są jednak zawsze po stronie prawej, a łagodniejsze naogół wieczorem (A. r.)

W dyskusji kol. Gröer proponuje przy tężyczce zastosowanie salmiaku według Freudenberga i Georgiego, którzy uważają tężyczkę za zatrucie zasadowe, a nie kwaśne. Kol. Schramm przypomina przypadek Warchoła, w którym po jednodniowych objawach po operacji tężyczka ustąpiła samorzutnie. Kol. Nowicki dodaje, że przy wycięciu tarczycy z wpryśniętymi gruczołami przytarczycznemi może wystąpić tężyczka bez winy operatora. Kol. Ostrowski zapytuje, jak zachowuje się dolny nerw krtaniowy. Kol. Schramm w dyskusji nad mięsakiem czaszki podnosi niezwykłą formę kości i dodaje, że, mając nad zatoką żylną tylko cienką blaszkę, przeszczepił kawałek powięzi szerokiej.

3) kol. Popielska składa **sprawozdanie lekarskie z miejskiego zakładu dla niemowląt,** którym zajęło się ubiegłego roku lwow. Towarzystwo lekarskie. W r. 1920 w zakładzie było 178 dzieci, z nich 65 zmarło, w r. 1921 było 237 dzieci, z nich 92 zmarło, co stanowi średnio 37.5% śmiertelności. Tak wysoki procent śmiertelności tłumaczy się tem, że 1) do zakładu przyjmuje się wszystkie podrzutki, znalezione we Lwowie, tj. 24% wszystkich przyjętych dzieci. 2) Dzieci są przyjmowane przez XI Departament magistratu bez oględzin lekarza. 3) Dzieci chorych matek ze szpitali także tu bywają odsyłane, jak i 4) dzieci matek, znajdujących się w więzieniach, które nie są zdolne same karmić. 5) Największa ilość dzieci jest przyjmowaną w pierwszym miesiącu życia. 6) 70% dzieci bez matek jest skazana na żywienie sztuczne. 7) Karmicielki z własnemi dziećmi, nie wszystkie są zdolne karmić drugie dziecko. 8) Brak jest ścisłej instrukcji dla karmiących matek. 9) Daje się odczuwać brak sił pielęgniarskich tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Pielęgniarstwo w wychowaniu niemowląt stanowi podstawę. „Każdy lekarz wyrzecze się prędzej wszystkich aptek, niż podejmie się leczyć chore dziecko w nieodpowiedniem otoczeniu" powiedział Gundobin. Wedle współczesnych wymagań powinna przypadać jedna siostra na 4—6 osesków, a w zakładzie przypada jedna na 10—12. 10). Jest dotkliwy brak najniezbędniejszych przyborów, jak flaszki, pieluszki, bielizna, ciepła woda itd. 11). W końcu instrukcja zakładowa dla lekarza wymaga od niego „wyłącznie tylko nadzoru lekarskiego". Przepis ten pozbawia lekarza możności wprowadzenia w życie najniezbędniejszych zarządzeń.

Dzieci z chorobami zakaźnemi były usuwane natychmiast, lecz wszystkie chore dzieci, nawet gorączkujące, nie mogły być usunięte z zakładu, bo szpital i klinika odmawiały przyjęcia ich. Jak wielka ilość chorych była w zakładzie, świadczą cyfry wysyłanych dzieci do szpitalika św. Zofji a to w 1920 r. 68 dzieci, z nich 23 zmarło, w 1921 r. 80 dzieci, z nich 34 zmarło. Do kliniki dziecięcej wysłano w 1920 r. 3 dzieci, które zmarły; w 1921 r. 1 dziewczynkę, która wyzdrowiała. Najczęstszą przyczyną chorób i śmierci, jak należało oczekiwać z góry, były zaburzenia przewodu pokarmowego (34%), potem choroby dróg oddechowych (32%), gruźlica (13%), wreszcie kiła (4%). — (A. r.)

W dyskusji kol. Gröer przypomina zeszłoroczny memorjał do prezydjum miasta, który, mimo że minęło 10 miesięcy, został bez skutku; konkursu na lekarza nie rozpisano; wobec czego stawia wniosek, aby tę sprawę jeszcze raz przekazać zarządowi Towarzystwa do rozpatrzenia. Nadto przemawiali kol. Nowicki, Franke, Węgrzynowski, Rothfeld i Pisek.

4) Kol. Bocheński wygłasza odczyt: **O poronieniu ze stanowiska społecznego.** (Ukaże się w druku w Przeglądzie ginekologicznym).

W dyskusji kol. Sołowij przedstawił statystyczne porównanie stosunku porodów czasowych do poronień, których procent przed wojną wynosił 22—23%, w 2 pierwszych latach wojny 40%, a w r. 1920 i 1921 wzrósł do 60%. Wysuwa następnie postulaty, dotyczące ochrony ciąży, jak również wskazań przerwania ciąży. Kol. Pisek podkreśla, że neomaltuzjanizm zakradł się też już i do sfer uboższych ze szkodą dla narodu i państwa. Domaga się jednak usankcjonowania prawa zwyczajowego w sprawie niektórych wskazań przerwania ciąży. Kol. Sieradzki proponuje opracowanie memorjału przez specjalnie wybraną komisję, do której też powołano kol. Sołowija, Sieradzkiego, Bocheńskiego, Wiczyńskiego, Gröera, Piseka, Kwiatkiewicza i Mikołajskiego. Kol. Gröer podnosi konieczność wykształcenia lepszego typu pielęgniarskiego. Inicjatywa opieki społecznej winna przejść w ręce lekarza, i opieka nad ciążą, niemowlęciem, matką a zwłaszcza kobietą ciężarną nieślubną. Kol. Fels zajmuje stanowisko zupełnie przeciwne do referenta i dyskutantów i utrzymuje, że kultura jest przeciwną wielkiej liczbie dzieci i liczbę tę ogranicza i będzie ograniczać. W odpowiedzi kol Bocheński i Gröer przytaczają kraje skandynawskie o wielkiej ilości dzieci i zaznaczają, że stanowisko obywatela Polaka ze względu na dobro Ojczyzny i Państwa, jak też podtrzymania stałego procentu przybytku ludności sprzeciwia się zasadniczo wywodom, pozatem odosobnionym, kol. Felsa. Nadto zabierali głos kol. Węgrzynowski i Wiczyński. *Kmietowicz*, sekretarz.

Związek lekarzy Polaków w Wilnie.

Sprawozdanie roczne na Walnem zebraniu z d. 15. listopada 1921

1) Przewodniczący Dr. Czarkowski zagaił zebranie, podnosząc zasługi pozostałych w Wilnie w 1920 r. kolegów, którzy na czele z Drami Dokalskim, Szczerbińskim i innymi, pomimo wielkich zajść i zmian politycznych, przetrwali, zbierając się poufnie podczas ostatniej nawały bolszewickiej w prywatnych mieszkaniach, i podtrzymywali pracę Związku.

2) Sekretarz Dr. Kosiński odczytał **sprawozdanie roczne za 1921 r.** Odbyto 11 zebrań, z których jedno było walne. Uczęszczało na zebrania 25—27 na ogólną liczbę członków 45. Zgodnie z dekretem Nr. 172. Naczel Dowództwa Wojsk „Litwy Środkowej" Związek L. Polaków został zarejestrowany w inspektoracie pracy Tymczasowej Komisji Rządzącej Litwy Środkowej. Z wielu względów Związek postanowił nadal należeć do centrali chrześcijańskich związków zawodowych. Dzięki staraniom zarządu Związku uzyskano z Departamentu Spr. wewn. emeryturę dla sędziwego chorego kolegi Jundziłła w wysokości 300 marek miesięcznie od dnia 1. stycznia 1920 r., prócz tego dla tegoż kolegi od marca r. b zebrano ze składek wśród kolegów 10.420 mk W dniu 18. kwietnia 1921 wybrana komisja ustaliła wysokość honorarjów lekarskich. Referatów na ogół wygłoszono pięć. 1) kol. Hanusowicz: „O przedróżyczkowem zapaleniu przymiotowem okostnej według prof. Andry"; 2) kol. Czarnocki: „O kasach chorych"; 3) tegoż kolegi: „O rezerwowaniu terenów, nadających się pod uzdrowiska"; 4) kol. Golimonta: „O walce z chorobami wenerycznemi"; 5) kol. Rudzińskiego: „O kasach chorych". Sprawozdania dwa: 1) kol. Sokołowskiego: „O stosunkach panujących w poliklinice chorób wenerycznych przy ulicy Ludwisarskiej"; 2) kol. Karnickiego: „O wynikach pośmiertnego badania zwłok zmarłej wskutek nieudanego sztucznego poronienia". Uchwalono szereg rezolucyj w sprawie uzdrowisk i potrzeby rezerwowania terenów pod uzdrowiska z dóbr parcelowanych. Rezolucje te przesłano do Departamentu Rolnictwa i Lasów; przytem wybrano komisję dla oceny majątków Ponary i Krzyżaki, nadających się pod uzdrowiska. Łącznie ze Związkiem lekarzy Izraelitów w Wilnie uzgodniono wprowadzenie ograniczeń w sprawie ogłoszeń i znaków. W sprawie unormowania stosunku lekarzy, zatrudnionych w kasie chorych, Polaków do Izraelitów postanowiono z początku opierać się na stosunku narodowościowym ludności m. Wilna, w końcu jednak dla uniknięcia możliwych nieporozumień na przyszłość uchwalono brać za podstawę tylko odsetek ubezpieczonych, co roku zestawiany przez zarząd kasy chorych. Z innych spraw załatwiono sprawę zapisu ś. p. Dra Karłowicza na rzecz kasy wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach w Wilnie przez wysłanie do Warszawy plenipotencji kol. Majewskiemu w celu prowadzenia sprawy ze spadkobiercami ś. p. Dra Karłowicza; wysłano pismo do prezydenta m. Wilna, w celu zastosowania mnożnika drożyźnianego do pensji wdowiej P. Wojewódzkiej, wdowy po lekarzu, który po 15 latach owocnej pracy zmarł na dur osutkowy. Wysłano list francuski na kongres międzynarodowy Historji Medycyny do Paryża z życzeniami owocnej pracy i tłómaczący niemożliwość wysłania delegata; wreszcie obrano kol Sokołowskiego na II. Zjazd wszechkrajowy Polskiego Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, mający się odbyć w dniach 30—31 października 1922.

Prezes Związku L. P. *Ludwik Czarkowski*, sekretarz i gospodarz Związku *Dr. Borysewicz.*

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie ogólne z dnia 8 lutego 1922.

Przewodniczący kol. Dehnel. Obecnych 28.

1. Kol. Zahorski przedstawia dziewczynkę 13-letnią, obarczoną gruźlicą, ze **znacznem przesunięciem** serca na prawo od mostka. Uderzenie koniuszkowe wyczuwa się w IV międzyżebrzu na 2 palce ku wewnątrz od prawej linji sutkowej.

2 Kol. Hejman odczytuje rzecz p. t. **O stosowaniu wucyny nardzeniowo w zapaleniach opon mózgowych pochodzenia usznego;** przytacza dane z piśmiennictwa o t. zw. grupie Morgenroth'a (pochodnych chininy): optochinie, eukupinie i wucynie, stosowanych z dobrym wynikiem w różnych sprawach ropnych, szczególnie po

doszczętnem usunięciu ognisk ropnych, jak np. po doszczętnej operacji w uchu środkowem. H. wspomina jeszcze o jednym środku, wynalezionym przez tegoż Morgenroth'a, mianowicie o ravanolu, który ma działać jeszcze silniej na drobnoustroje, niż inne; radzi więc w stosownych przypadkach środki te wypróbować.

W dyskusji zabierają głos koledzy: Weinziehel, Dehnel, Puterman i Zieleniewski.

3. Kol. Ryder odczytuje: „O zakażeniach dróg moczowych w wieku dziecięcym z pokazem odczynu Donné'ego". Wykazawszy, że często dziecko gorączkuje bez żadnej widocznej przyczyny, R. radzi pamiętać o mogących ujść uwagi naszej zachorzeniach dróg moczowych, i w tych razach należy badać mocz na ropę, co bardzo łatwo daje się uskutecznić za pomocą t. zw. odczynu Donné'ego (10% roczczyn wodorotlenku sodowego lub potasowego), przy którym ciałka ropne zostają strącone w postaci masy galaretowatej.

W dyskusji kol. Puterman nie przypisuje odczynowi temu znaczenia rozpoznawczego, gdyż nie wskazuje on umiejscowienia sprawy chorobowej

4. Do Zarządu na rok 1922 zostali wybrani: Prezes — kol. Kozłowski, wiceprezes — kol. Dehnel, sekretarz — kol. Hejman, bibliotekarz — kol. Butkiewicz, skarbnik — kol. Wołkowicz.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 20.

1. Kol. Hejman przedstawia przypadek a) toczniа wrzodziejącego nosa u dziewczynki 13-letniej; b) przypadek mięsaka prawej połowy nosa u kobiety 33-letniej i c) przypadek raka krtani u mężczyzny 54-letniego.

2. Kol. Kozłowski przedstawia dziewczynkę 13-letnią po usunięciu przez niego, na skutek krótkowzroczności, soczewki przeźroczystej lewego oka z bardzo dobrym wynikiem.

3. Kol. Suchodolski przedstawia preparat ogromnego guza torbielowego, usuniętego przez niego z prawego jajnika u kobiety 33-letniej.

4. Kol. Brelman streścił odczyt swój, który wygłosił na posiedzeniu w dniu 21 grudnia r. z., p. t. „O niedrożności jelit".

W dyskusji: Kol. Witkowski wspomina, że często przyczyną cierpienia tego są zmiany w uchyłku Meckel'a, a także glisty. Kol. Puterman zwraca uwagę na indikanurję, jako objaw, świadczący o zamknięciu kiszek cienkich.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Dehnel. Obecnych 20.

1. Kol. Dehnel wygłosił rzecz p. t. „Uwagi o durze osutkowym i jego powikłaniach"; mowca opisał epidemję duru na Syberji w latach 1918—1920. Z powikłań zwraca uwagę na zapalenie chrząstek żebrowych i samych żeber.

W dyskusji kol. Puterman wspomina o zgorzeli, jako powikłaniu, kol. Lipski — o obrzękach, kol. Włyński i Faliński o stępieniu słuchu, kol. Hejman o nierzadkich zapaleniach ochrzestnej krtaniowych.

2. Kol. Butkiewicz wygłosił rzecz p. t. „O narkozie hedonalowej śródżylnej" i na zasadzie ogromnego materjału operacyjnego, jakim rozporządzał w Rosji, wykazał, że uśpienie to, stosowane w roczczynie 0,75% śródżylnie (do 2 tys. c. ctm.) może doskonale zastąpić inne sposoby uśpienia.

W dyskusji: kol. Puterman i Budzyński przestrzegają przed wprowadzaniem tak wielkiej ilości płynu do krwiobiegu, kol. Dehnel nie widzi szczególnych zalet tego uśpienia, gdyż, według statystyki kol. B., śmiertelność waha się od 3 — 6 przypadków na 2 tysiące uśpień, gdy tymczasem przy chloroformie wypada ona ledwo raz jeden na 3½ tys. uśpień, przyczem sama technika wlewań jest zbyt skomplikowana, na co zwraca uwagę też i kol. Zieleniewski. Kol. Hejman przypomina, że hedonal, dawany do wewnątrz przed uśpieniem chloroformowem, wpływa ogromnie na zmniejszenie dawek chloroformu, przyczem sen, tętno i samopoczucie chorych są doskonałe. *A. H.*

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

XI. posiedzenie z dnia 7 września 1921.

1. Prym. Quest przedstawia dziecko z rzadkiemi zmianami kiłowemi.

2. Dr. Zaczek: a) Przedstawia chorego z wyleczonym operacyjnie ropniem zatoki strzałkowej, powstałym prawdopodobnie z powodu zapalenia szpiku kości czołowej, b) przedstawia przypadek leczonej operacyjnie ze znakomitym skutkiem słoniowatości kończyny dolnej, b) przedstawia przypadek stopy płaskiej, leczony operacyjnie własną modyfikacją metody Gleicha. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Barącz podnosi zalety przedstawionego sposobu.

3. Dr. Karowiec przedstawia przypadek leczonej operacyjnie stopy szpotawej porażennej.

4. Dr. Tyczka wygłasza rzecz o równoczesnem zakażeniu durem osutkowym i powrotnym, na podstawie własnych spostrzeżeń z czasu wojny.

5. Prym. Ziembicki przedstawia dzisiejszy stan nauki O t. zw. gorączce okopowej.

XII. posiedzenie z dnia 21 września.

1. Dr. Zaczek przedstawia 3 przypadki padaczki Jacksonowskiej, leczone pomyślnie drogą operacyjną. W dyskusji przemawia dr. Domaszewicz.

2. Dr. Węgrzynowski i prof. Barącz przedstawiają przypadek promienicy płuc, w którym stosują siarkan miedzi do ogniska chorobowego.

3. Dr. Bykówna przedstawia 2 braci idjotów.

4. Dr. Strzałkowski przedstawia przypadek plastyki nosa zniszczonego nowotworem.

5. Dr. Karowiec przedstawia przypadek wyleczonego skrętu jelit, w którym usunięto 2 1/2 m. jelita cienkiego.

XIII. posiedzenie z dnia 12 października.

1. Dr. Grossfeld przedstawił szereg przypadków z zakresu kiły.

2. Prof. Wiczkowski przedstawił szereg preparatów anat. z uwagami klinicznemi.

3. Prym. Leńko omówił przypadek uchyłka pęcherza (rzecz ukazała się w N. 12 i 13 Gazety).

4. Dr Monis przedstawia chorego z krwiomoczem pęcherzowym wskutek stężonego roczczynu nadmanganianu potasowego, którym sobie sam pęcherz przepłukiwał. Krwawienia były tak silne, że wywołały niedokrwistość.

XIV. posiedzenie z dnia 26 października.

1. Dr. Brauner przedstawia przypadek choroby Bechterewa.

2. Dr. Węgrzynowski przedstawia chłopaka z puchliną głodową.

3. Dr. Monis przedstawia przypadek zaburzeń pęcherzowych wskutek parafiny, która dostała się do pęcherza. Usunięto ją za pomocą benzyny.

4. Dr. Domaszewicz przedstawia przypadek guza w moście Varola.

5. Dr. Handwerker wygłasza odczyt O medycynie indyjskiej.

XV. posiedzenie z dnia 9 listopada.

I. Dr. fil. i sł. med. Baley (Wew. III) przedstawia przypadek padaczki i omawia go z punktu widzenia psychoanalizy.

II. Dr. Bykówna (Wew. III):

1. przedstawia chorego z nadmiernem wydzielaniem moczu. C. wł. 1007. Objawy ucisku śródczaszkowego. Siodło prawidłowe. Wassermann poczwórnie dodatni. W dyskusji przemawia dr. Musiał.

2. przedstawia przypadek świeżego nagminnego zapalenia mózgu. W dyskusji przemawia dr. Domaszewicz.

III. Dr. Schusterówna (Inst. anat. pat.) przedstawia:

1. preparat ropnia wśród zrostów osierdziowo-opłucnowych.

2. preparat przedstawiający mięsaka odźwiernika.

W dyskusji prym. Ziembicki, z którego oddziału pochodzą oba przypadki, przytacza szczegóły kliniczne.

XVI. posiedzenie z dnia 16 listopada

1. Dr. Zaczek (Chir.) przedstawia przypadek padaczki Jacksonowskiej, powstałej wskutek urazu i wyleczonej operacyjnie.

2. Dr. Rosenzweig (Chir.) przedstawia wyleczony operacyjnie zapomocą plastyki przypadek wrzodu pełzającego skóry nosa.

3. Doc. Reis (Klin. ocz.) mówi O chorobach zakaźnych oczu (z pokazami).

XVII. posiedzenie z dnia 23 listopada.

1. Dr. Fleischerowa (Wew. I.) przedstawia przypadek rzadkiego cierpienia, znanego pod nazwą Osteoperiostitis toxica ossificans.

2. Dr. Vrabetz przedstawia zdjęcia rentg. z powyższego przypadku, omawiając cechy właściwie schorzeniu.

3. Dr. Węgrzynowski (Wew. I.) w związku z powyższym przypadkiem przedstawia chorego z pałeczkowatemi palcami i wrodzoną wadą serca.

4. Dr. Vrabetz okazuje płytę rentg., przedstawiającą ciało obce w pęcherzu moczowym (gwóźdź dł. 7 cm).

XVIII. posiedzenie z dnia 30 listopada.

1. Dr. Karowiec (Chir.) przedstawia leczony operacyjnie przypadek wypadnięcia trzew do klatki piersiowej.

2. Dr. Strzałkowski (Chir.) przedstawia rzadkie powikłanie przepukliny wolnej.

3. Dr. Rosenzweig (Chir.) mówi O leczeniu ropni opadowych.

W dyskusji przemawia dr. Zaczek.

4. Prof. Wiczkowski przedstawia przypadek wrodzonej wady serca.

XIX. posiedzenie z dnia 7 grudnia.

1. Doc. Wiczyński (Poł-gin.) omawia 2 przypadki relaparatomji. W dyskusji przemawia dr. Zaczek.

2. Dr. Zaczek (Chir.) przedstawia chorego z guzem skórzakowym na szczycie głowy.

3. Dr. Wepperówna (Amb. lar.) omawia przypadek nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, powikłany zaostrzeniem dawniejszego przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

4. Dr. Handwerker wygłasza odczyt O medycynie u Żydów. W dyskusji przemawia prym. Leńko, przytaczając cytaty z Pisma Sw., odnoszące się do nerek.

XX. posiedzenie z dnia 14 grudnia.

1. Dr. Sassower (Chir.) przedstawia przypadek nieprawidłowego bujania kości po amputacji.

2. Dr. Fleischer (Chir.) przedstawia chorych z naczyniakiem krwionośnym i naczyniakiem chłonnym.

W dyskusji przemawiają dr. **Laskownicki** i dr. **Zaczek**.

3. Dr. **Karowiec** (Chir.) przedstawia chorego z rogowatym nowotworem skóry na ręce (*Cornu cutaneum*).

4. Dr. **Zaczek** (Chir.) przedstawia przypadek **afazji urazowej** leczony chirurgicznie.

5. Dr. **Handwerker** wygłasza odczyt. **O Żywocie doktora Badurskiego.**

Dr. Szymon Tenenbaum. Piotrków.

Choroby i ich przebieg w obecnych warunkach w Rosji.

Wojna, przewroty i obecny system gospodarki doprowadził ludność rosyjską do niesłychanej nędzy. Brak mieszkań, opału i mydła wpłynął na niesłychane dotychczas zawszenie ludności. Dlatego też dur osutkowy i powrotny doszedł w Rosji do niebywałych rozmiarów. W 1920 r., podług danych urzędowych, zachorowało w Rosji 3,187.592 osób na dur osutkowy. Cyfra ta napewno za niska, bo dane statystyczne zbierane są głównie przez „rotnych felczerów", obecnie nazwanych „pomocnikami lekarzy".

Pierwszemi i najgłówniejszemi ogniskami epidemji były większe miasta Chłop, zaopatrzony w żywność, nie miał potrzeby jechać do miasta, w którem nic kupić nie mógł, bo wolny handel był zabroniony. Głodny mieszkaniec miasta zmuszony był szukać pożywienia. Rozwija się „mieszoctnictwo" — wędrówka z mniej do więcej urodzajnych gubernij, z miasta do wsi. Pociągi towarowe i pasażerskie były w dosłownem znaczeniu pokryte ludźmi, zdążającymi za chlebem. Ta olbrzymia wędrówka wzdłuż toru kolejowego była głównym roznosicielem epidemji. Drugim nie mniej ważnym czynnikiem w rozwoju epidemji były szpitale wojskowe, do których armje sowieckie podczas wojny z Denikinowcami, nadsyłały ze wszystkich stron mnóstwo chorych na dur osutkowy. Jako przykład, jakie były te szpitale, opiszę szpitale w Kursku, których stan dobrze był mi znany. W dużych pokojach byłych szpitali wojskowych i mieszkań prywatnych, w samem mieście leżeli chorzy na dur osutkowy pokryci łachmanami, jeden tuż obok drugiego na podłodze. Sale i pokoje nie ogrzane. Było to w grudniu 1920 r. przy 30-stopniowym mrozie. Termometrów nie było; ze środków leczniczych jedna nalewka kozłkowa (tra valerianae). Lekarz w futrze i czapce z pomocniczym personalem przeskakuie przez leżących od chorego do chorego i ręką określa ciepłotę. O badaniu chorych mowy być nie mogło. Pomocniczy personal lekarski niewykwalifikowany, który na 8 szpitali dochodził do kilku tysięcy, po ukończeniu pracy wracał do ognisk domowych i rozsiewał chorobę po całem mieście.

Co do przebiegu duru osutkowego, to na uwagę zasługuje zgorzel, jako jedno z najcięższych, a częstych teraz w Rosji powikłań. Zgorzel ta pojawia się podobno najczęściej zimą, u mężczyzn częściej, niż u kobiet; występuje w końcu choroby, a niekiedy i w okresie bezgorączkowym. Często rozwija się symetrycznie, a zajmuje stopy, palce nóg, małżowiny uszne, nos, narządy płciowe. Większość autorów rosyjskich podkreśla wpływ zimna na rozwój tej zgorzeli. Patologja jej nie jest zresztą dotychczas dokładnie wyjaśniona. Dur osutkowy w szpitalach przebiegał naogół ciężko. Nierzadkie były przypadki zakażenia się ozdrowieńców durem powrotnym, który wtedy przebiegał atypowo: gorączka poniżej 39°, napady krótkie (3—4—5 dni) przerwy dłuższe (9—11—13 dni), ilość powrotów 3, 5, 7, 8. Po przebytym durze osutkowym, częściej powrotnym, widzieliśmy ciężkie, wyniszczające nieżyty jelit i okrężnicy z hydremicznemi obrzękami. Statystyka urzędowa za r. 1920 podaje 1,439.622 przypadków duru powrotnego.

Personal lekarski i pomocniczy, pracujący w szpitalach w opisanych wyżej warunkach, nie mógł nie uledz zakażeniu. Toteż podług danych Sybina w 1918—1919 r. zmarło z duru osutkowego lekarzy 15—20%, niższego personelu lekarskiego 10—12%, całej ludności 5—7,3%. Z 2000 lekarzy charkowskich chorowało w 1920 r. na dur osutkowy 203, zmarło 66, co stanowi 33%. Wobec tych tragicznych cyfr można mówić poprostu o wymieraniu lekarzy rosyjskich.

Prócz duru osutkowego jest dzisiejsza Rosja siedliskiem całego szeregu ostrych chorób zakaźnych; z nich tylko dur osutkowy zmniejsza się i epidemja ta w przyszłości pewnie sama wygaśnie wskutek uodpornienia całej ludności przez przebycie tej choroby. Wogóle jednak odporność ludności rosyjskiej pod wpływem ciężkich warunków ekonomicznych znacznie się obniżvła. Dla ilustracji tych ciężkich warunków wspomnę, że wybitny chirurg, prof. Weliaminow umarł dosłownie z głodu. W Petersburgu zauważono zwiększenie wśród ludności miejskiej, a zmniejszenie wśród wiejskiej częstości okrągłych wrzodów żołądka. Przyczyną tego ma być wpływ grubych i nieodpowiednich pokarmów w miastach. Znikły prawie dna (artretyzm) i otłuszczenie.

W związku z epidemjami duru osutkowego i powrotnego stwierdzono znaczne zmniejszenie się, a nawet wygaśnięcie płonicy i błonicy. Zwróciliśmy na to uwagę w Kursku, mówili też o tem lekarze z gubernji kurskiej. Trudno o tem coś pewnego powiedzieć; może to przypadkowo, może są tu głębsze przyczyny; w każdym razie było to dla gubernji kurskiej szczęściem, bo na 3 miljony mieszkańców otrzymano w 1920 r. na całą gubernję 15 flakoników surowicy!

Prawie w każdem mieście rosyjskiem istnieje obecnie po kilka przytułków dla dzieci. Przytułki te są przepełnione, bo rodzice chętnie tam dzieci oddają, nie mogąc ich wyżywić. Ale dzieci w tych przytułkach wymierają. W roku 1918—19 karmiono dzieci ryżem polerowanym, co wpłynęło na rozwój gnilca. W 1920 r. ryżu zabrakło, odżywianie dzieci jeszcze się pogorszyło, — wtedy widzieliśmy obrzęki „głodowe"; gnilec znikł. Prof. Kissel podaje, że w szpitalu dziecięcym w Moskwie wszystkie przypadki nagminnego zapalenia opon skończyły się śmiercią; w poprzednich latach wyzdrowienie było dość częste. Zgorzel policzków (noma), jako powikłanie odry, zdarza się bardzo często. Również częściej, niż zwykle, zdarzają się krwotoki w przebiegu duru brzusznego, wysypka przy zimnicy (która powodowała fatalne pomyłki, bo chorych takich często umieszczano w szpitalach dla chorych na dur osutkowy) i zgorzel, jako bardzo częste powikłanie duru osutkowego.

Typ i przebieg chorób zmienił się; odporność nabyta przez przebycie choroby obniżyła się. Prof. Marcinowski podaje, że dur powrotny przebiega ciężko; napady trwają do 10 dni, a ilość powrotów dochodzi nawet 12 i 16. Tenże autor pisze, że dokładnie wie o pewnych 8 przypadkach powtórnego zachorowania na ospę, jednym na odrę i 5 na dur osutkowy.

Mimo ciężkiej doli nie zmienił się w Rosji stary sympatyczny typ lekarza ziemskiego. O głodzie i chłodzie, bez środków leczniczych, walczy z epidemjami, które dziesiątkują nieszczęśliwą Rosję. Walczy i ginie. Ci, co nie zginęli jeszcze, wierni ideałom lekarza, choć głodni i obdarci, trwają nieustraszenie na posterunku. Temi kilkoma słowy chciałem wypełnić obowiązek wobec 120 lekarzy Kurskiego Towarzystwa lekarskiego, którzy prosili mnie w dzień mego wyjazdu z Rosji, aby lekarzom polskim opowiedzieć o dzisiejszej doli lekarza rosyjskiego.

Trzecie sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie za rok 1921.[1])

Podał Dr. med. A Puławski, lekarz naczelny.

Wiadomo, jak ważne usługi w walce z chorobami zakaźnemi oddają oddziały obserwacyjne w szpitalach ogólnych, na co zwracałem uwagę w poprzednich swoich sprawozdaniach [2]) Corocznie ogłaszam takie sprawozdania z naszego niewielkiego i dalekiego od ideału oddziału obserwacyjnego,[3]) ażeby uwydatnić

---

[1]) Według referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Sekcji szpitalnej d. 24. IV. 1921. (w Stowarzyszeniu Lekarzy).

[2]) Gaz. Lek. 1920 Nr. 4. i tamże 1921 Nr. 3.

[3]) Oddział ten na 12—15 łóżek zaczął funkcjonować od 15-XI. 1918. Urządzony został w stojącym na uboczu domku jedno.

pożytek takich oddziałów i zachęcić do ich tworzenia w istniejących lub mających się budować szpitalach. W Warszawie, niestety, po za szpitalem Dz. J., istnieją tylko 2 takie oddziały: w szpitalu dla zakaźnych S. Stanisława i w szpitalu żydowskim. Nie wchodzi tu w rachubę mały ale wzorowo urządzony oddział obserwacyjny w szpitalu dziecięcym Karola i Marji, mający swoje specjalne zadania.

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 347 (156 m. + 191 k.), z innych oddziałów 23 (17 m. + 6 k.). Oddział był nieczynny w lutym przez dni 18 z powodu dezynfekcji i remontu. Z pośród ogółu przyjętych chorych, jak zwykle, dość pokaźna liczba (około 30%) okazała się wolną od zaraz, o jakie byli podejrzani w pokoju przyjęć (105 = 40 m. + 65 k.), tak że chorzy byli wypisywani na miasto — 78 (44 m + 34 k), albo przenoszeni na inne oddziały — 112 (44 m + 68 k). Kwalifikacja tej kategorji chorych odbywa się na podstawie dokładnej obserwacji, badania krwi, plwociny, kału itd., a wypisywanie — po odpowiedniem odkażeniu (kąpiel, zmiana bielizny i t. d.). Zdarzają się przypadki tak ciężkie, że o dalszem transportowaniu chorych nie może być mowy, czego dowodem jest 14 przypadków śmierci na tym oddziale (w r. z. 15).

Do odpowiednich szpitali dla zakaźnych przesłano 126 chorych (57 m + 69 k). Tym sposobem, z ogólnej liczby „podejrzanych" chorych udało się „wyłowić" przeszło 36% zakażeń ciężkich i niebezpiecznych, które mogły się stać ogniskami zarazy. Klasyfikacja chorych według chorób była następująca: dur osutkowy 23 (7 m + 16 k), dur brzuszny 48 (20 m + 28 k), dur powrotny 25 (18 m + 7 k), płonica 9 (5 m + 4 k), czerwonka 8 (3 m + 5 k), drętwica karku 8 (6 m + 2 k), róża 3 (2 m + 1 k), błonica 1 k tężec 3 m, odra 2 (1 m + 1 k), ospa 1 k, grypa 42 (22 m + 20 k), zimnica 47 (24 m + 23 k), zap. płuc 8 (5 m + 3 k).

Rosja dostarczyła z pośród repatrjantów 22 osoby. Z tych 5 na dur osutkowy, 15 na dur powrotny, 1 na encephalitis, 1 na dur brzuszny.

Chorzy powyżsi przebyli ogółem 1905 dni szpitalnych (999 m + 915 k), czyli przeciętnie na jednego chorego przypada około pięć dni.

Oddział posiada 12 łóżek etatowych, które „pracują" mniej niż na przeciętnym oddziale szpitalnym (pełna liczba dni szpitalnych wyniosłaby 365 × 12 = 4380), ale ruch chorych jest znacznie większy, niż na przeciętnym oddziale 50-łóżkowym wewnętrznym, gdzie w ciągu roku nie przesunie się więcej nowych chorych, niż 360. Praca lekarska i pielęgniarska na takim oddziale jest nierównomierna i nagół więcej męcząca, niż na innych oddziałach. Pracownia chemiczno-bakterjologiczna naszego szpitala bierze bardzo czynny udział w pracach tego oddziału. Dość powiedzieć, że w roku sprawozdawczym wykazano ogółem 468 ważniejszych badań (58 morfol. badań krwi, posiewów tejże 8, badań na plasmodje zimnicy 46, na krętki Obermeiera 35, odczyn Widala 135, odczyn Weil-Felixa 57, Wassermanna 10, płynu mózgowo-rdzeniowego 20 itd.

Pożądanem byłoby, aby pracownia bakterjologiczna znajdowała się w bliskości oddziału obserwacyjnego, jak również, aby zarządzający tą pracownią znajdował się w kontakcie z tym oddziałem — to dałoby możność wykorzystania tego oddziału pod względem naukowym.

Jest to uwzględnione w projekcie nowego oddziału obserwacyjnego, który będzie powiększony i urządzony według współczesnych wymagań nauki.

W celu ochrony szpitala od zaraz, w szpitalu Dz. J. usunięto z gmachu szpitalnego ambulatorjum i przeniesiono je poza szpital, prócz tego obok pokoju przyjęć znajduje się separatka, dokąd usuwa się chorych, u których stwierdzono wyraźną chorobę zakaźną; dłużej chorzy natychmiast są odsyłani do szpitala dla zakaźnych. Chorych wyjątkowo brudnych i zawszonych kąpie się w oddzielnej łazience, która jest zarazem odwszalnią.

Niedającem się usunąć źródłem zarazy jest publiczność, odwiedzająca chorych, oraz sam personal służbowy, który może przynosić zarazę z zewnątrz szpitala. Temu ostatniemu może częściowo zaradzić czystość osobista (kąpanie, mycie, fartuchy itd.).

Medycyna społeczna.

Dr. Natan Milgrom, Radziechów.

W sprawie akuszerek na prowincji.

Postanowiłem w szeregu artykułów poruszyć najbardziej aktualne sprawy z dziedziny stosunków sanitarnych na prowincji, — pod prowincją rozumiem wsie, miasteczka i mniejsze miasta powiatowe, o większych miastach sądu wydać nie mogę — uważając, że unormowanie tychże i zreformowanie ich w duchu nowoczesnym wyjdzie na korzyść zarówno społeczeństwa, jak i stanu lekarskiego. W jednym z ogłoszonych już artykułów poruszyłem sprawę zwalczania chorób zakaźnych na prowincji. Pozwolę sobie jeszcze wrócić do tego tematu później. Obecnie poruszę z kolei sprawę akuszerek na prowincji.

piętrowym, dawnem mieszkaniu popa prawosławnego i djaka, obsługujących znajdującą się naprzeciwko szpitalną cerkiew, zbudowaną znacznym kosztem dla wygody nielicznej garstki chorych prawosławnych naszego szpitala.

Naogół można stwierdzić, że większość akuszerek, wykonujących praktykę na prowincji, nie odpowiada wymogom nowoczesnej nauki o położnictwie. Pomijam trudności, nie dające się pokonać, jak ciasnota i brud otoczenia, niedbałość o los ciężarnych i rodzących kobiet po wsiach i miasteczkach i. i. Z trudnościami temi lekarz również musi często walczyć. Przypominam sobie np. przypadek w miasteczku Witków Nowy, do którego zawezwano mnie kilka miesięcy temu. Rozchodziło się o potrzebę wydobycia łożyska. Rodząca leżała w kącie pokoju, który służył równocześnie jako pomieszkanie dla licznej rodziny i jako sklep z mąką. Cały pokój miał około 4 kroki szerokości, zaś około 5 kroków długości. Łóżka, na którem chora leżała, nie wolno było ruszyć z miejsca, gdyż było połamane i podparte. Poród odbył się dzień przedtem, 24 godzin później zawołano mnie, abym wydobył łożysko. Przez cały ten czas sprzedawano mąkę, przyczem za każdym razem, gdy ważono mąkę, wzbijał się tuman kurzu i mąki z przerzucanych i otwieranych worów z mąką. Rodząca leżała na worku z mąki, pełnym krwi i brudu. Wśród takich warunków muszą często lekarze i akuszerki pracować na prowincji. Tembardziej jest ich obowiązkiem ze swojej strony nie zaniedbywać niczego i dołożyć wszelkich możliwych starań, aby poród odbył się, o ile możności, aseptycznie. Dlatego właśnie uważam za swój obowiązek zwrócić uwagę na to, że większość akuszerek na prowincji nie ma należycie wyrobionego pojęcia o aseptyce. Aseptyka powinna przejść „w krew" akuszerki. Akuszerka powinna podczas porodu postępować tak, aby w niczem nie uchybiła aseptyce. W rzeczywistości zaś dzieje się zupełnie inaczej. Akuszerka, zajęta najczęściej w domu gospodarstwem, wprost od skrobania kartofli lub wycierania podłogi idzie do rodzącej. Tam nie obcina porządnie paznokci i nie oczyszcza brudu za paznokciami, myje naprędce ręce i, nie oczyściwszy wogóle części rodnych, bada rodzącą, powtarzając to badanie niepotrzebnie kilkakrotnie bez powtórnego mycia rąk.

Każdy sumienny lekarz, przystępując do badania rodzącej, myje ręce conajmniej przez 5 minut w ciepłej wodzie mydłem i szczotką, przez dalszych zaś 5 minut w wodzie ze środkiem odkażającym. O ile przypadkowo tego samego dnia przeprowadzał sekcję zwłok lub miał do czynienia z jakimś wypadkiem septycznym, poleca wezwać drugiego lekarza, o ile inny lekarz znajduje się w danej miejscowości.

Tembardziej powinniśmy wymagać od akuszerek skrupulatności, doprowadzonej do doskonałości w kierunku aseptyki rąk badających i części rodnych rodzącej.

Tymczasem widzimy dziwną opieszałość ze strony akuszerek Kto np. z kolegów spotkał akuszerkę na prowincji, którąby należycie oczyściła części rodne kobiety? Zwykle akuszerka odrzuca w praktyce ten przepis, o którym się uczyła w szkole, jako niepotrzebny balast, ograniczając się jedynie do pobieżnego obmycia rąk. Nawet wezwana przez lekarza, przybyłego do porodu, aby oczyściła części rodne rodzącej, nie umie tego wogóle należycie uczynić. Myje jedynie uda i włosy, zaniedbując zupełnie wejście do pochwy i samą pochwę, czem chybia zupełnie celu. Dlatego też, wedle mego zdania, nie powinien żaden lekarz na prowincji polegać na akuszerce w tym kierunku i powinien najpierw sam, ułożywszy należycie rodzącą przy pomocy akuszerki i otoczenia, obmyć części rodne rodzącej, poczem dopiero może przystąpić do mycia rąk.

Omawiając sprawę aseptyki przy porodzie, muszę wspomnieć o pościeli, na której rodząca na prowincji zwykle leży. Przeważnie zastaję rodzącą, leżącą na jakiejś brudnej szmacie lub spodnicy. Otoczenie zapytane, dlaczego nie daje czystego prześcieradła do porodu, wyjaśnia, że czyste prześcieradło da się po porodzie (!), gdyż podczas porodu zasmarowałoby się krwią. Kilkakrotnie zdarzyło mi się, że akuszerka sama dała taką radę rodzącej. Dopiero na moje wyjaśnienie, że jest to igranie z życiem ludzkiem, rodzina rodzącej z wielką niechęcią wydobywa czyste prześcieradło. Często też akuszerki lub rodzące same, najczęściej zaś niedyplomowane akuszerki i babki wiejskie, obcierają brudnemi szmatami części rodne rodzącej. Dziwić się należy, że połowa rodzących nie ginie wśród takich warunków!

Na osobną wzmiankę zasługuje zaniedbywanie wykonania zabiegu Credégo u noworodków. Nie spotkałem dotychczas ani jednej akuszerki na prowincji, któraby zabieg ten u noworodka wykonała. Wiele z nich wogóle wykazuje zupełną nieświadomość tego, co to jest zabieg Credégo u noworodka, do jakiego celu służy i dlaczego musi być wykonany w każdym przypadku. Okoliczność ta zasługuje na szczególną uwagę ze względu na rozszerzenie się i wzrost liczby zachorowań na rzeżączkę wśród ludności w ostatnich latach. Choroby weneryczne w ogólności, które przed wojną należały na prowincji do rzadkości, w ostatnich czasach rozszerzyły się również pomiędzy mieszkańcami wsi i miasteczek. Wskutek tego powinniśmy żądać od akuszerek i lekarzy wykonania Credégo u każdego noworodka, będącego w ich opiece. Wyjątki od tej reguły nie powinny istnieć. Nawet w najpewniejszych przypadkach, gdzie lekarz lub akuszerka sami lub pod wpływem otoczenia mają przekonanie, że Credé u danego noworodka jest niepotrzebny — nawet w tych wypadkach nie należy go zaniedbać, gdyż skutki mogą być fatalne. Przypominam sobie przykład, który zawsze przytaczał prof. Fuchs we Wiedniu: rodzi żona lekarza, przywołany do porodu drugi lekarz radzi wykonać zabieg Credégo u noworodka. Lekarz, mąż rodzącej, sprzeciwia się temu, gdyż „za siebie i za żonę swoją ręczy". Zabiegu nie wykonano, zaś dziecko zachorowało wkrótce potem

na ciężkie tryprowe zapalenie spojówek, które skończyło się ślepotą. Przyjmijmy, że jest to rzadki przypadek, jeden na tysiąc lub na dziesięć tysięcy porodów, lecz skąd lekarz lub akuszerka mogą być pewni, że właśnie ten dany przypadek nie jest tym tysięcznym lub dziesięciotysięcznym przypadkiem, mogącym mieć tak fatalne skutki. A zresztą, o ile mi wiadomo, w Małopolsce obowiązuje dotychczas przepis byłego austr. Min. spraw wewn., nakładający na akuszerki obowiązek wykonywania zabiegu Credégo u noworodków; co do innych dzielnic Polski nie jestem poinformowany.

Muszę jeszcze wrócić do zwyczaju akuszerek na prowincji niepotrzebnego częstego badania rodzącej. Jest to szkodliwa nawyczka, spowodowana z jednej strony niecierpliwością akuszerki, która jak najprędzej pragnęłaby skończyć poród, z drugiej zaś strony niecierpliwością otoczenia, które ciągle dopytuje się, kiedy dziecko się urodzi, czy jeszcze długo potrwa, czy szyjka maciczna już szeroko otwarta itd. Przy tych ponownych badaniach rzadko się zdarza, aby akuszerka obmyła należycie swoje ręce lub części rodne rodzącej. Najczęściej bada bez powtórnego mycia rąk i części rodnych. Badania te są zupełnie niepotrzebne. Zapytana o cel tych badań akuszerka najczęściej nie umie dać należytej odpowiedzi. Jedna z nich odpowiedziała mi, że pomaga rodzącej; na czem ta pomoc polega, nie mogła podać.

Ponadto zauważyłem, że akuszerki na prowincji przeważnie nie umieją należycie chronić międzykrocza. Każda z nich czyniła inaczej, zaś żadna z nich nie robi tego, jak się należy, ani też na czas. Nie orjentują się, kiedy należy rozpocząć ochronę międzykrocza. Zaczynają zwykle zawcześnie, zaś w chwili, gdy międzykrocze bieleje i grozi pęknięciem, przygotowują się do odcięcia pępowiny. Często też, gdy nastąpiło już pęknięcie, nie wołają lekarza, aby zeszył to pęknięcie, tłumacząc położnicy, że pęknięcie jest nieznaczne, a szycie bardzo bolesne, zamiast przekonywać ją o potrzebie tego zabiegu.

W ogóle akuszerki na prowincji chętnie zajmują się same leczeniem, partacząc na wielką skalę, szczególnie u kobiet. To zaufanie kobiet do akuszerek i zwracanie się do nich o poradę nie tylko w razie porodu, lecz także w razie innych dolegliwości ze strony części rodnych, byłyby nawet pod niektóremi względami pożądane, gdyby akuszerki na prowincji nie wykazywały takiej ignorancji w najważniejszych schorzeniach części rodnych, jaką wykazują. Akuszerki mogłyby np. oddać wielkie usługi przy wczesnem leczeniu raka części rodnych, skierowując takie chore wcześnie do lekarza lub szpitala. Tymczasem widzimy, że same „leczą" kobiety, które przychodzą do nich po poradę. Leczenie to polega na oszukańczych miesieniach i podwiązywaniach brzucha, na kąpielach, przepłukiwaniach pochwy, stawianiu baniek etc. Dopiero po kilkumiesięcznych zabiegach akuszerek, kobiety te zgłaszają się do lekarza, najczęściej już jako nieuleczalne chore. Wielekroć te miesienia brzuszne mają fatalne skutki, szczególnie w przypadkach zakażonych lub też w przypadkach chorób wewnętrznych, jak np. zapalenie wyrostka robaczkowego — fałszywie rozpoznanych przez akuszerkę, jako choroba części rodnych. Akuszerki wykazują przytem często zupełny brak wiadomości z dziedziny budowy ciała kobiecego, wmawiając kobietom, cierpiącym na dolegliwości żołądkowe, że „macica im się poruszyła" że „macica podeszła im do góry".

Natomiast rzadko spotyka się akuszerkę, któraby pouczyła położnicę o sposobie obchodzenia się z oseskiem i o sposobie karmienia tegoż. Właśnie na tem polu mogłyby akuszerki na prowincji oddać wielkie usługi. W wielkich miastach istnieją lub powstają obecnie różne instytucje, mające na celu ochronę i racjonalną pielęgnację dziecka. Działalność tych instytucyj nie obejmuje zupełnie prowincji. Właśnie przy pomocy akuszerki możnaby dotrzeć do chat wieśniaczych i małych miasteczek i usunąć niemożliwe nieraz sposoby karmienia i obchodzenia się z oseskami.

Nie spotkałem jeszcze akuszerki, któraby poleciła kontrolować wagę noworodka, względnie oseska, któraby pouczyła matkę, jak pielęgnować główkę dziecka itd. Jakaż różnica pod tym względem między naszą akuszerką, a np. angielską! W r. 1920 pracowałem wspólnie z misją angielską „Towarzystwo Przyjaciół Society of Friends" w Nadwórnie. Przypadkowo znalazła się tam akuszerka angielska. Ona to zwróciła mi uwagę na zaniedbanie oseskόw u nas i przedstawiła mi działalność angielskiej akuszerki, zupełnie różnej od naszej. U naszej akuszerki główna część pracy kończy się z porodem, reszta polega na kilkakrotnem skąpaniu noworodka, u angielskiej akuszerki natomiast główna część pracy rozpoczyna się dopiero po porodzie.

Z powyższych wywodów wynika jasno potrzeba reform w tej dziedzinie. Spróbuję tylko pobieżnie skreślić najkonieczniejsze reformy, potrzebne wedle mego zdania. Przedewszystkiem konieczne jest opracowanie przez Min. Zdr. Publ. jednolitej dla wszystkich dzielnic Polski ustawy o akuszerkach w duchu nowoczesnym, po zasięgnięciu rady wybitnych fachowców z dziedziny położnictwa i pedjatrji, Izb i Towarzystw lekarskich. Ustawa ta powinna z jednej strony określić dokładnie obowiązki akuszerki przed, w czasie i po porodzie, których jej zaniedbać nie wolno, i sposób kontrolowania akuszerek przez lekarzy rządowych, z drugiej zaś strony powinna ustawa ta i dodatkowe rozporządzenie wykonawcze wpłynąć na zmniejszenie się liczby babek wiejskich i różnych niedyplomowanych akuszerek, których liczba ogromnie się wzmogła obecnie i które uniemożliwiają akuszerkom wykonywanie ich zawodu, uprawiając partactwo akuszeryjne.

Następnie powinny władze sanitarne, Towarzystwa lekarskie i inne instytucje, zajmujące się opieką nad niemowlętami, zająć się dokształcaniem akuszerek na prowincji i należytem wykształceniem nowych adeptek sztuki akuszeryjnej. Przy pomocy pism agitacyjnych, wykładów dla akuszerek, urządzanych przez lekarzy rządowych i prywatnych, możnaby pouczyć akuszerki na prowincji o potrzebie usunięcia wymienionych powyżej wad i braków, o aseptyce, o sposobach wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych części rodnych, specjalnie raka i o potrzebie wczesnego odsyłania takich chorych do lekarza lub szpitala, o niebezpieczeństwie stosowania masażu bez polecenia lekarza itd.

Jestem zupełnie świadom tego, że w tym pobieżnie skreślonym artykule nie wyczerpałem całego tematu, który poruszyłem. Pragnę tylko wywołać dyskusję na ten temat, uważając, że rozchodzi się o rzecz wielkiej wagi ze stanowiska sanitarnego i eugenetycznego.

W końcu muszę także podnieść, w związku z omawianą sprawą, potrzebę urządzania przez Wydziały lekarskie praktycznych kursów dokształcających z dziedziny położnictwa dla lekarzy prowincjonalnych, która to potrzeba daje się odczuwać na każdym kroku, gdyż należyte opanowanie nauki o położnictwie ma specjalne znaczenie dla każdego lekarza na prowincji.

(Mają się odbyć w b. r w Krakowie i we Lwowie. Red.).

Wiadomości bieżące.

Z powodu Odezwy Stowarzyszenia Lekarzy polskich otrzymujemy od dra Stanisława Zawadzkiego następujące pismo:

Z pomiędzy wielu spraw nagłych i palących — kierunek i pomoc młodzieży akademickiej powinny być postawione przez nasze społeczeństwo na pierwszem miejscu. Podwaliny, na jakich powstaną te niecierpiące zwłoki instytucje (komitety), muszą być mocne, zdrowe i celowe, mające na widoku cały ogół młodzieży akademickiej, bez żadnego odcienia specjalności. Związki zawodowe, tak zwanych wolnych zawodów, powinny ująć ster w swe ręce w tej akcji, zachęcając inne poważne warstwy naszego społeczeństwa do przyjęcia czynnego udziału.

Viribus Unitis budujmy przyszłość naszego narodu!

Kraków.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Tow. lekars. składa serdeczne podziękowanie p. Drowi Tymoteuszowi Piotrowskiemu z Krakowa za książki darowane Bibljotece.

Ostrzeżenie! Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie wzywa członków, by bezwarunkowo nie zawierali kontraktów w sprawie udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym, a tych Kolegów, co już podobne kontrakty zawarli, do ich rozwiązania. Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr *Cercha*, przewodniczący.

II. Państwowy kurs wychowania fizycznego w Krakowie, jednoroczny, bezpłatny, rozpocznie się 1 października 1922. Ukończenie tego kursu i zdanie egzaminu uprawnia do prowadzenia ćwiczeń cielesnych w państwowych szkołach średnich, powszechnych i seminarjach nauczycielskich. Warunkiem przyjęcia na kurs jest wiek 18—35 lat, zdrowie i sprawność fizyczna, egzamin dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego. Nauczyciele szkół państwowych, chcący wstąpić na kurs, muszą uzyskać całoroczny urlop od władz szkolnych. Liczba uczestników ograniczona do 60. Podania przyjmuje Dyrekcja kursu wych. fiz. w Krakowie, Grzegorzecka 16.

Lwów.

W sprawie bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych i ich rodzin. Dnia 1 i 3 maja odbyło się w Izbie lekarskiej posiedzenie wspólne Wydziału Związku Lekarzy Państwa polskiego i Izby z reprezentami Towarzystwa lekarskiego w sprawie urządzenia bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych i ich rodzin, ustanowionego rozporządzeniem Rady ministrów z dnia 30 stycznia. Po przeprowadzonej dyskusji uchwalono zwrócić się do wszystkich lekarzy z wezwaniem, aby nie zawierali żadnych wiążących umów co do obejmowania posad, aż do czasu załatwienia sprawy przez reprezentacje Towarzystw lekarskich. W tym kierunku równocześnie uchwalono rozpocząć akcję celem przedstawienia Rządowi, iż jedynym racjonalnym sposobem byłoby urządzenie pomocy lekarskiej dla urzędników na zasadzie wolnego wyboru lekarza. Odezwa w tej sprawie okaże się w najbliższym numerze Gaz. lek.

Z Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji. Uprasza się członków o wyrównanie zaległości i to jak najrychlej, w przeciwnym bowiem razie wysyłka pisma zalegającym z wkładkami musiałaby być wstrzymana z powodu bardzo wysokich kosztów prenumeraty. Wkładka na II kwartał wraz z prenumeratą pisma wynosi 2000 Mp.

Dzięki staraniom Rady zawiadowczej Towarzystwa Komisja obywatelska zwolniła Towarzystwo od wyznaczonej daniny w kwocie 601.000 Mp. ze względu na humanitarne cele Towarzystwa.

XVIII Posiedzenie naukowe **Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się dnia 19 maja br. w Poliklinice.
Wykłady: 1) kol. Krzemicki: Z pogranicza neurologji i okulistyki (z pokazami nowych przyrządów). 2) Kol. Lehm: Twardziel.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Poznań.

Dr. Józef Browiński mianowany został nadzwyczajnym profesorem chemji ogólnej na Wydziale lekarskim Uniwersytetu w Poznaniu.

Państwowy Kurs wychowania fizycznego. Od września 1922 do czerwca 1923 r. odbędzie się w Poznaniu drugi kurs roczny wychowania fizycznego, uprawniający do prowadzenia ćwiczeń cielesnych w szkołach państwowych powszechnych, średnich i seminarjach nauczycielskich. Kandydaci muszą wykazać dostateczną sprawność fizyczną, wiek 18—35 lat, świadectwo dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego (ew 6 klas szkoły średniej i 2-letnią praktykę nauczycielską). Praca w kursie całodzienna, kandydaci nauczyciele muszą zatem mieć urlop roczny, płatny. Ilość miejsc ograniczona do 30 męskich i tyluż żeńskich. Podania wraz z dokumentami należy wnosić do Dyrekcji Państwowych Kursów wychowania fizycznego, Poznań 3, Ogród botaniczny, Studjum wychowania fizycznego Uniwersytetu poznańskiego.

Warszawa.

Dr. Teodor Heryng, znany laryngolog i autor licznych prac z zakresu tej specjalności, został mianowany profesorem honorowym laryngologji w Uniwersytecie warszawskim.

Prof. Hornowski prosi nas o umieszczenie sprostowania co do umieszczenia jego nazwiska przez Komitet Zjazdu chirurgów, jako koreferenta w temacie o wrzodzie okrągłym żołądka; zawiadamia, że nazwisko jego podano bez jego wiadomości i porozumienia i że wcale nie ma zamiaru być koreferentem wymienionego tematu.

Ogólne zebranie doroczne Akademji nauk lekarskich odbyło się dnia 23 bm. Po przedstawieniu w ogólnych zarysach przez prezesa prof. Bądzyńskiego działalności Akademji w r. ub i złożeniu sprawozdania przez sekretarza generalnego prof. Dzierzgowskiego i redaktora prof. Ciechanowskiego z prac naukowych w wydawnictwie Akademji przystąpiono do wyborów. Na członków czynnych krajowych wybrano prof. dr. Józefa Bielińskiego (Warszawa), prof dr. Witolda Nowickiego (Lwów) i dr. Augusta Kwaśnickiego (Kraków). Na członków korespondentów z Warszawy dr. Chełmońskiego, p. Jotejkównę i prof. Modrakowskiego; ze Lwowa prof. Frankego i dr. Arnolda; z Wilna dr. Zachorskiego; z Poznania prof. Lubienieckiego. Wreszcie postanowiono zebrać materjał naukowy do sprawy odżywiania się różnych warstw ludności w Polsce i w tym celu postanowiono przeprowadzić ankietę, dla której wybrano osobny Komitet.
Szczegółowe sprawozdanie podamy w jednym z następnych numerów.

Ogólne Zebranie roczne Polskiego Towarzysąwa Otorinolaryngologicznego odbędzie się w piątek i sobotę dnia 19 i 20 maja rb. w Klinice laryngootjatrycznej w Warszawie, ul. Elektoralna l. 12 (Szpital św. Ducha), na którem dokonane będą wybory Zarządu Komisji rewizyjnej, omówiona będzie sprawa regulaminu wewnętrznego Towarzystwa, specjalnego wydawnictwa i inne sprawy z zakresu organizacji wewnętrznej. Na porządku obrad postawione są dwa referaty:
„Etjologja i patogeneza ostrego zapalenia ucha środkowego" i „Leczenie przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy".
Z konieczności zakres tematów musiał być bardziej ograniczony ze względu na krótki termin od chwili zatwierdzenia Statutu. Komitet organizacyjny prosi o wczesne zgłoszenie udziału w Zebraniu i o tytuł odczytu. W początkach maja będzie rozesłany szczegółowy program Zebrania.

W dniu 28 kwietnia na **Walnem dorocznem Zebraniu Stowarzyszenia Lekarzy polskich** wybrani zostali na członków honorowych koledzy: Bylicki Władysław (Lwów), Ciechanowski Stanisław (Kraków), Czarkowski Ludwik (Wilno), Frączak Jan (Buffalo), Gantkowski Paweł (Poznań), Kamocki Walenty (Warszawa), Karwowski Adam (Poznań), Kwaśnicki August (Kraków), Machok Emanuel (Lwów), Nusbaum Henryk (Warszawa), Papée Jan (Lw...), Przyborowski Adam (Warszawa), Rostek Józef (Bytom), ...rzycki Józef (Kraków), Święcicki Heljodor (Poznań), Węcławski Witold (Wilno), Zahorski Władysław (Wilno), Zynda (Puck).
Do Zarządu Stowarzyszenia w charakterze członków i zastępców zostali powołani koledzy: Betkowski, Górkiewicz, Łapiński Teodor, Łuczycki, Pódczaski, Przywieczerski, Rakowski, Szczodrowski i Starkiewicz.
Do Sądu koleżeńskiego kol.: Jaroszyński, Sędziak, Staniszewski, Pacqueret i Woźnicki.

Zmarli.

Dr. Karol Radlmesser, em. pułkownik-lekarz W. P. w Rzeszowie.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 26 lutego do 25 marca 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	—	17 (8)	118 (23)	22 (0)	5 (0)	44 (7)	12 (2)	2 (0)	89 (178)	2 (10)	—
	ż.	0 (1)	15 (1)	38 (6)	5 (0)	2 (1)	9 (0)	5 (0)	—	22 (35)	1 (2)	—
Białostockie	ch.	10 (0)	105 (0)	770 (33)	775 (45)	24 (5)	89 (10)	15 (2)	15 (1)	10 (18)	78 (2)	—
	ż.	—	3 (0)	50 (1)	27 (0)	—	3 (0)	—	—	2 (2)	8 (0)	—
Kieleckie	ch.	32 (1)	87 (5)	177 (17)	17 (0)	1 (0)	33 (2)	13 (0)	1 (0)	12 (6)	63 (3)	3 (0)
	ż.	—	9 (2)	30 (6)	8 (0)	—	2 (0)	4 (0)	1 (0)	0 (1)	31 (0)	—
Krakowskie	ch.	7 (21)	142 (23)	62 (6)	1 (0)	10 (1)	47 (5)	7 (1)	—	1 (63)	5 (2)	4 (1)
	ż.	—	—	—	—	—	7 (0)	1 (2)	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	2 (0)	137 (10)	1085 (78)	943 (51)	17 (9)	34 (4)	14 (1)	21 (0)	50 (7)	84 (14)	3 (0)
	ż.	2 (0)	—	27 (1)	8 (0)	—	7 (0)	2 (0)	—	4 (0)	2 (2)	—
Lwowskie	ch.	3 (0)	80 (9)	289 (40)	31 (2)	5 (1)	98 (17)	25 (5)	1 (0)	49 (163)	132 (13)	64 (0)
	ż.	—	5 (1)	29 (2)	—	—	12 (1)	3 (0)	—	2 (10)	8 (0)	4 (0)
Łódź miasto	ch.	1 (0)	27 (og. 3)	10 (og. 2)	1 (0)	4 (0)	4 (0)	1 (og. 1)	—	63 (og. 65)	—	—
	ż.	1 (0)	8	16	1 (0)	1 (0)	3 (0)	1	—	12	—	—
Nowogrodzkie	ch.	7 (0)	132 (1)	983 (38)	999 (40)	5 (0)	43 (2)	29 (1)	61 (0)	57 (1)	?	2 (0)
	ż.	1 (0)	12 (0)	74 (4)	72 (4)	—	3 (0)	7 (0)	—	2 (0)	?	—
Poleskie	ch.	—	309 (14)	1511 (54)	2763 (52)	22 (2)	85 (4)	105 (2)	266 (0)	49 (3)	37 (0)	—
	ż.	—	12 (0)	76 (3)	35 (0)	2 (0)	21 (0)	29 (0)	25 (0)	12 (0)	2 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	16 (2)	4 (0)	—	—	5 (0)	5 (0)	3 (0)	—	—	—	—
	ż	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	111 (57)	65 (16)	250 (38)	14 (3)	3 (1)	245 (51)	13 (0)	—	17 (23)	208 (12)	19 (0)
	ż.	1 (0)	2 (0)	10 (0)	3 (1)	—	12 (2)	—	—	0 (4)	—	—
Tarnopolskie	ch.	5 (4)	31 (1)	176 (34)	2 (0)	—	60 (11)	16 (1)	—	13 (19)	65 (0)	17 (0)
	ż.	—	8 (0)	5 (0)	—	—	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	18 (0)	5 (0)
Warszawskie	ch.	—	92 (8)	144 (8)	2 (0)	7 (0)	49 (8)	24 (3)	5 (0)	20 (34)	13 (0)	3 (0)
	ż.	—	3 (0)	21 (1)	—	—	3 (1)	5 (0)	—	1 (0)	—	—
Wołyńskie	ch.	27 (0)	209 (16)	666 (45)	851 (24)	22 (0)	213 (7)	36 (2)	288 (0)	22 (0)	92 (0)	5 (0)
	ż.	—	33 (0)	76 (3)	45 (0)	—	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)	—	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.